



Instituto Superior de Psicologia Aplicada

NAVEGANDO A TEMPESTADE NUM COPO DE ÁLCOOL:
LOCUS DE CONTROLO DE SAÚDE E DEPRESSÃO EM
ALCOÓLICOS EM TRATAMENTO

HUGO MIGUEL ALMEIDA GARCEZ

Orientadora de Dissertação:

SANDRA OLIVEIRA

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em CLÍNICA

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Sandra Oliveira, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro de 2006

Os meus agradecimentos em primeiro lugar à minha família, que, sem perceber os porquês específicos das minhas inquietações académicas, nunca precisaram delas para me oferecer o que, obviamente, não conseguiria noutro lado qualquer. Obrigado também aos que, partidos, nunca abandonarão o meu imaginário e cuja memória viverei para honrar.

À minha mulher, que me faz o espectador maravilhado da sua revelação diária. Estou convicto de que passarei a minha vida inteira fazendo-me merecedor do olhar ingénuo que me sacia, quando lhe tento explicar os horrores do chicote do super-ego de quem coloca o mundo em suspenso, ao tentar a ciência. És o meu acelerador e o meu botão *reset*. Agradeço também à sua família, que me acolheu como se tivesse nascido no seu seio. Não há maior dádiva.

À minha orientadora, a Prof. Doutora Sandra Oliveira pela contenção, simpatia e completa disponibilidade. Parte do mérito deste estudo advém da responsabilidade que senti para realizar uma investigação digna da sua nomeação.

Ao Dr. José Pádua do Instituto de Drogas e Toxicodependência (IDT), ao Prof. Doutor Pais Ribeiro, ao Prof. Doutor Vaz Serra, Prof. Doutor Pio Abreu e Dr. Miguel Tecedeiro pelas respostas prontas ao contacto de um humilde estudante de psicologia.

Ao Prof. Doutor Domingos Neto por agraciar a minha contribuição à sua paixão e ao Prof. Doutor Rui Aragão Oliveira por legitimar a minha tentativa de adicionar algo à Psicologia da Saúde.

À Dra. Teresa Mota, Dr. Alfredo Frade, Dra. Margarida Neto e Mestre Alberto Afonso de Deus por me terem permitido gentilmente o acesso aos utentes da unidade da sua responsabilidade para a recolha de dados.

Às pessoas que de forma compreensiva me permitiram colocar-lhes questões aborrecidas naquele que foi um dos momentos de maior definição das suas vidas. Sem ser solicitado, demonstraram-me que vale a pena investir em si.

Finalmente, aos antigos colegas e eternos amigos da faculdade que me acompanharam durante o início desta odisséia de ajudar o Outro a saber-se e espero que comigo a prossigam.

RESUMO

O artigo seguinte estuda o constructo do Locus de Controlo de Saúde (LdCS) num grupo de sujeitos alcoólicos em tratamento, especificamente analisando a quem atribuem estes sujeitos a expectativa de controlo sobre os reforços positivos e negativos que se repercutem na sua saúde. Aos indivíduos que partilham a crença de que esses resultados seguiriam as suas acções atribuíamos o Locus Interno, já o Locus Externo seria dividido em sub-dimensões consoante a expectativa repousasse em “Outros Poderosos” ou no elemento aleatório da “Chance”. Adicionalmente procurou-se averiguar o tipo de ligação que o LdCS teria com a severidade dos sintomas depressivos experienciados. Para este efeito angariamos sujeitos em três instituições da área metropolitana de Lisboa, totalizando 109 participantes. A análise do tratamento estatístico revelou a preferência pela adopção de expectativas de controlo por “Outros Poderosos” totalizando 64.6% dos casos e uma incidência de depressão na ordem dos 68.6%, verificando-se entre ambas uma correlação negativa baixa. Este resultado reforça a necessidade de um acompanhamento terapêutico onde o estímulo à auto-promoção da saúde seja um ponto mestre.

Palavras-Chave: Locus de Controlo de Saúde; Depressão; Alcoolismo.

ABSTRACT

The following article studies the Health Locus of Control (HLoC) construct in a group of alcoholic in-patients, specifically analysing to whom they attribute the expectation of control over positive and negative reinforcement affecting their health. To the individuals that share the belief that these results would follow their own actions we would attribute an Internal Locus, while the External Locus would be divided into sub-dimensions as the expectation lied with “Powerfull Others” or with the random element of “Chance”. Additionally we sought to find the type of connection that the HLoC would have with the severity of experienced depressive symptoms. To this effect we raised subjects from three institutions of the Lisbon

metropolitan area, coming to 109 participants. The statistical analysis treatment revealed the preference for the adoption of control expectations by “Powerfull Others”, gathering 64.6% of cases and a depression incidence of about 68.6%, verifying a low negative correlation between them. This result reinforces the need of therapeutic counseling where the stimulus to the auto-promotion of health would be a master point.

Key-Words: Health Locus of Control; Depression; Alcoholism.

ÍNDICE

Introdução.....	1-6
Método.....	7-11
Participantes.....	7
Instrumento.....	7-9
Procedimento.....	9-11
Resultados.....	12-15
Discussão.....	16-21
Conclusão.....	22
Referências.....	23-28
Anexos	29-118
Anexo A – Instrumentos Utilizados	29-37
Escala de Locus de Controlo de Saúde.....	30
Inventário de Depressão de Beck.....	31-34
Questionário Sócio-Demográfico (versão utilizada).....	35-37
Anexo B – Requisições.....	38-44
Modelo da carta de pedido de autorização para recolha de dados.....	39-40
Requisição para utilização dos instrumentos psicométricos.....	41-44
Escala LdCS (Pais Ribeiro, 1994).....	41
BDI (Vaz Serra & Pio Abreu, 1973).....	42-44
Anexo C – Revisão de Literatura.....	45-71
Locus de Controlo.....	46-52
Locus de Controlo de Saúde.....	52-54

O Alcoolismo e a Psicologia do Alcoólico.....	54-62
Referências da Revisão de Literatura.....	63-71
Anexo D – Resultados.....	72-86
Resultados Suplementares.....	73-78
Resultados e Discussão Breves.....	79-81
Outputs.....	82-86
Anexo E – Acessórios de Classificação.....	87-94
Classificação de Substâncias Adictivas.....	88
Volume Considerado dos Recipientes de Consumo.....	89
Critérios de Diagnóstico do DSM-IV-TR.....	90-94
Intoxicação pelo Álcool.....	90
Abstinência do Álcool.....	90-91
Perturbação do Humor Induzida por Substâncias.....	91-93
Intoxicação por Substâncias.....	93
Abstinência de Substâncias.....	94
Anexo F – Outputs do Artigo.....	95-118
Depressão.....	96-101
LdCS.....	102-107
Os Dois num Barco.....	108-109
Evolução do Consumo.....	109-118

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Correlação entre a Idade e Sub-Dimensões externas.....	14
--	----

INTRODUÇÃO

O controlo é, de acordo com Skinner (1996), um dos conceitos em psicologia que mais se relaciona ao bem-estar físico e psicológico do indivíduo. Crê-se que, quando um sujeito se percebe sem recursos para exercer controlo sobre uma situação, incorre em stress e é invadido por sentimentos de *powerlessness* – falta de poder – e *hopelessness* – falta de esperança –, que poderão muito bem dar origem a problemas de saúde física e mental (Schröder, Johnston, Morrison & Teunissen, 2007; Richman, Cloninger & Rospenda, 2008). De facto, já Adler em 1930 classificava como primária a necessidade humana de controlar o meio externo.

Segundo Lefcourt (1976), Partridge e Johnston (1989) e Phares (2001), o *Locus* ou Local de Controlo (LdC) tem sido um dos constructos de personalidade que mais estudos tem motivado. Tal interesse deve-se à associação entre este e uma extensa variedade de componentes cognitivos, afectivos, comportamentais e psicológicos (Ng, Sorensen & Eby, 2006).

Assim definido por Rotter (1954, 1966), o LdC pretende descrever a expectativa ou crença individual de que os reforços positivos e negativos decorrentes de acontecimentos da sua vida são percebidos de forma contingente ou às suas acções (LdC interno) ou se, pelo contrário, julga determinantemente influenciados por acção de forças exteriores a si (LdC externo). Dito de outra forma, se a atribuição foi, respectivamente, entregue a factores disposicionais ou situacionais (Vonthron & Lagabriele, 2002).

O LdC, como o conceptualizara Rotter, foi descrito por Lefcourt (1976) como “uma expectativa generalizada de controlo de reforços como internos em oposição a externos” (p. 27).

Autores como Forte (2005) apontam a “evolução” deste constructo a partir da teoria psicanalítica de personalidade elaborada por Carl Jung (1923), na qual duas forças psíquicas antagónicas, a introversão e a extroversão, disputam entre si a energia psíquica do sujeito.

Já Erich Fromm (1962, cit. por Rodrigues & Gonçalves, 2004) descreveu, entre as suas cinco organizações caracteriais, a orientação receptiva, que descreve um qualquer sujeito que considere que tudo de bom na sua vida terá de provir de fora de si, repousando sobre a liderança “mágica” de um “Outro”, ao qual Rotter chamaria

“Poderoso”. Fromm (Idem) traçava mesmo um paralelo entre a que descreveu e a fase oral de sucção – nomeadamente a sua fixação – descrita pelo eminente psicanalista Karl Abraham (1925), cuja manifestação no comportamento incluiria, entre outras, uma disposição predominantemente passiva e de expectativa no alheio.

Embora descrito como relativamente estável, trata-se, não obstante, de um conceito dinâmico. Estudos mostraram a sua sensibilidade a “correções” ao longo do tempo (Legerski, Cornwall & O’Neill, 2006; Twenge, Zhang & Im, 2004) e a culturas distintas (Guinn, 1998; Spector et al. 2002). Poderemos, assim, relatar uma preferência (interno vs externo) limitada a uma área durante um período de tempo. Para este efeito, Rotter apresentou a primeira escala de LdC, a *I-E Scale* (1966).

Apesar da sua extensa aplicação, este instrumento assume o constructo como unidimensional. Entenda-se, um sujeito seria ou interno ou externo, sem possibilidade de um meio-termo no conceptualizado contínuo. Esta visão não seria, felizmente, corroborada por autores posteriores, dos quais destacamos Levenson (1973), que defenderam a multidimensionalidade do constructo. Referido autor demonstrou empiricamente (1974) que as dimensões do LdC não tinham necessariamente de ser ortogonais (não correlacionadas) e consequentemente viria a colocar a mútua exclusividade de parte.

Neste seguimento abriu o LdC externo a duas dimensões independentes. Especificamente, à determinação de factores externos humanos (“Outros Poderosos”) e a factores externos não humanos (“Acaso”). Concretizou de seguida a sua teoria multidimensional (1973) em instrumentos quantitativos (1974, 1981), cuja análise factorial confirmaria a relevância de uma conceptualização menos polarizada e tem sido modelo, desde então, para novas abordagens ao LdC.

Autores, como Bandura (1977), concordam que o sentimento de controlo é fulcral para o auto-conceito e auto-eficácia de um dado indivíduo. Encontram-se altos índices de LdC interno, ou “internalidade”, associados a um meio familiar mais interessado (Flouri, 2006), sucesso escolar (Carden, Bryant & Moss, 2004), melhor integração no mercado de emprego (Waters & Moore, 2002), acrescido bem-estar emocional (Karayurt & Dicle, 2008), menor probabilidade do desenvolvimento de psicopatologias e maior resiliência (Benard, 2004), capacidade de auto-motivação (Spector, 1982), bem como maior maturidade e independência (Lee, 2008).

Conversamente, o LdC externo, ou “externalidade”, encontra um *set* de características opostas às descritas no sujeito dito interno. De facto, enquanto nestes

sujeitos se encontram respostas mais comportamentais, os externos tendem a respostas mais emocionais (Anderson, Hellreigel & Slocum, 1977, cit. por Hattrup, O'Connell & Labrador, 2005). Este é um reflexo da confiança em oposição à dependência, desde logo demonstrando os efeitos da formação primária no futuro de um sujeito relativamente às suas expectativas de controlo pessoal.

O conceito de *coping*, definido por Pais Ribeiro (2009) como os “esforços para controlar, reduzir, ou tolerar as exigências criadas pelo *stress*” (p.28), encontra-se, compreensivelmente, associado ao LdC (Gan, Shang & Zhang, 2007). De facto, o sentimento de controlo é um indicador forte de recursos de coping flexíveis (Idem). A adopção de estratégias de coping onde domina a emoção – como é o caso da externalidade –, implicam uma resposta de fuga, contrariamente ao que se observa em internos, onde dominam as que focam na resolução de problemas.

A frágil crença no controlo pessoal, baixa resistência a frustrações e tentações, tem como consequência a impulsividade (Deming & Lochman, 2008), que se manifesta em um “fazer sem pensar” para aliviar emoções negativas. Esta fuga pela acção encontra-se associada a abusos de substâncias (Archer, Kostrzewa, Beninger & Palomo, 2008; Verdejo-Garcia, Bechara, Recknor & Perez-Garcia, 2007), de entre as quais destacamos o álcool, e constitui uma estratégia desadaptada (Gianakos, 2002).

Estima-se que o consumo alcoólico, fortemente enraizado em virtualmente todas as culturas, tenha como alcoólicos aproximadamente 12% da população mundial, ficando a expressão portuguesa na ordem dos 5% (Mello, Barrias e Breda, 2001).

Um fenómeno bio-psico-social como o álcool compreende a interacção de factores biológicos (consequências do consumo nos órgãos, e.g., cirrose), psicológicos (adicção, depressão) e sociais (padrões de consumo, impacto na família). Cada um destes particularizando a experiência do alcoolismo num indivíduo.

Integrado na Classificação Internacional das Doenças em 1968 (CID-8) pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o vício alcoólico compreende a impulsividade no consumo dessa substância nas suas diversas apresentações, podendo acompanhar-se de perturbações mentais várias, danos físicos irreversíveis, perturbação da relação familiar, social e ruína económica, citando alguns exemplos. Note-se que o alcoolismo não se define pela quantidade ou variedade ingerida, mas pela perda do controlo, admitida ou negada, perante esta substância.

Deus (2002, p. 9) descreve como estas pessoas “Deixam de cuidar de si próprias e progressivamente vão-se desligando das pessoas mais significativas à sua volta. O alcoolismo é, na sua essência, uma doença que afecta a liberdade de escolha.”

Tal retirada do alcoólico levou a que autores como Lesse (cit. por Deus, 2002), considerassem esta condição bio-psico-social como um equivalente depressivo, produto de uma depressão falhada e sequestrada “mascarada”. A conduta do alcoólico pode, segundo o mesmo autor, ser interpretada como para-suicidária, na medida em que a conduta do sujeito o leva, ainda que de forma inconsciente, à destruição do corpo e à morte.

A perda da liberdade de escolha que acompanha o desenvolvimento de um vício como o alcoólico, é facilitadora do sentimento de ineficácia e falta de controlo que podemos encontrar em sujeitos com depressões (Deus, 2002).

De facto, apesar da carência afectiva do sujeito alcoólico, este divide-se entre comportamentos desesperadamente captativos – como será em última análise o consumo para-suicidário –, e o estilo de vida que acompanha a procura incessante da substância adictiva. De facto, é paradoxal observar que os comportamentos encetados pelo indivíduo para escapar aos sentimentos que acompanham uma depressão, provoquem em outros a rejeição (Joiner, Metalsky, Katz & Beach, 1999) que a alimenta, prolongando o ciclo vicioso (Bandura, 1977).

Sem surpresas então, ao afundar, o sentimento angustiante de descontrolo sobre a sua vida e sobre o consumo que a domina, pronuncia um LdC externo. Os sintomas depressivos que estão associados a esta dupla psicopatologia evidenciam uma comorbilidade composta pela depressão e pelo alcoolismo (Semedo, 2008). Refira-se aliás, que a comorbilidade, em qualquer caso, associa-se ao LdC (Van der Linden, Van der Akker & Buntinx, 2001) de forma compreensível, considerando a vulnerabilidade emocional do sujeito sem expectativas de controlo pessoal.

A corrente dinâmica, inspirada na psicanálise, fala do álcool como um recurso à falência dos mecanismos de defesa que pretendem afastar a depressão. Precisamente o desenvolvimento de tais mecanismos protectores é confiado à capacidade de pais suficientemente bons (Winnicott, 1953) de interpretar e devolver a angústia à criança, desta feita envolvida em significado. Este possibilitará a criação de recursos com os quais fazer face ao que os cognitivistas chamam agentes de stress, de uma forma positiva e adaptada, isto é, capaz de exercer controlo sobre as exigências do meio.

Na incapacidade de conseguir esses significados, as angústias tornam-se contra si. Incapaz de ser amado pelo objecto perfeito (Fairbairn, 1943), e na impossibilidade de o poder destruir (fase oral sádica descrita por Abraham, 1925) acaba por o internalizar na forma de um super-ego cruel. Impossível de saciar e ao mesmo tempo impossível de desobedecer. Atormentado, o sujeito incorre em comportamentos de auto-mutilação visando expiar-se ou expulsar de si o mau objecto internalizado, destruindo-se de forma mais ou menos consciente, com uma substância que terá efeitos nocivos sobre a sua saúde e que ultimamente o matará.

Apesar de se registarem já tentativas prévias de relacionar o constructo do LdC com a depressão em grupos alcoólicos, Weissbach, Vogler e Compton (1976) bem como Norman e Bennett (1995), relatam ambiguidade na sua meta-análise. Esta poderá dever-se à utilização de uma escala demasiado abrangente, impondo-se uma alternativa mais minuciosa (Blau, 1993) como a que é representada pela Escala de Locus de Controlo de Saúde (LdCS) primeiro desenvolvida por Wallston, Wallston e DeVellis (1978).

Um sujeito com o LdCS interno acreditará que a sua saúde é contingente aos comportamentos de manutenção, adaptação, prevenção e promoção que adopta. Estes incluem a aderência à terapêutica recomendada (Hong, Oddone, Dudley & Bosworth, 2006), procura de informação relativa à sua condição (Laflamme, 2003) e de uma forma geral o positivo ajustamento à doença (Bettencourt et al., 2008). É considerada ainda a crença de um controlo sobre a saúde por parte de “Outros Poderosos”, como familiares ou profissionais de saúde, e a atitude de que os reforços positivos ou negativos na sua saúde se devem à “Chance” (Armitage, 2003, p. 724), onde a expectativa de controlabilidade é nula.

Observa-se em estudos com pacientes crónicos, a influência do LdCS no desenvolvimento positivo ou negativo da sua patologia ou psicopatologia (Koleck, Mazaux, Rascl & Schweiter, 2005). Uma vez que um alcoólico nunca recuperará totalmente, ou seja, nunca deixará de ser alcoólico apesar de se poder encontrar desintoxicado e sem consumir, poderá com todo o direito ser considerado um paciente crónico. Desta forma interessaria saber, em primeiro lugar, onde se localiza este grupo face à Escala de Locus de Controlo de Saúde (Pais Ribeiro, 1994). Não se conhecem estudos nacionais ou estrangeiros que se tenham debruçado sobre esta temática com este instrumento. De uma forma geral, não se conhecem, em Portugal, muitos estudos em que tenha sido evocado o constructo do LdC e quanto ao LdCS

aplicado a pacientes crónicos, conhece-se somente o trabalho de Almeida e Pereira (2006) para a aferição desta escala a adolescentes com diabetes tipo I.

Torna-se assim importante proceder a um estudo de carácter exploratório para a determinação, num grupo de sujeitos alcoólicos internados, do seu LdCS e qual o papel predictivo que a depressão terá, ou não, nessa crença. Os resultados obtidos prestarão particular serviço a clínicas de alcoologia e a serviços de acompanhamento em consulta de ambulatório, que devem encontrar no seu programa iniciativas destinadas a estimular no indivíduo um sentido de auto-responsabilidade.

Posto isto, pretende o presente estudo apurar descritivamente qual o LdCS numa amostra de sujeitos alcoólicos presentemente em desintoxicação e analisar subsequentemente a relação entre este e a eventual depressão. Adicionalmente propõe-se procurar possíveis associações entre as características sócio-demográficas e os *scores* dos instrumentos que medem ambos os constructos.

MÉTODO

Participantes

O presente estudo debruça-se na recolha de informação obtida num $N = 109$ sujeitos (86 homens e 23 mulheres) com idades compreendidas entre 27 e 75 anos ($M = 46,61$, $SD = 0,899$), que no momento da recolha – entre 26 de Fevereiro e 2 de Maio de 2009 – se encontram internados em três unidades de desintoxicação alcoólica da área metropolitana de Lisboa. Cada sujeito foi admitido no seguimento do diagnóstico de síndrome de dependência alcoólica por um período de tempo usualmente variável entre 15 e 30 dias, podendo excedê-lo se as necessidades do utente assim o exigirem. Cada instituição segue modelos terapêuticos distintos, embora sejam a algum nível influenciados pelo modelo de Minnesota, pelo que a amostra de participantes pretende reflectir a variabilidade de programas disponíveis.

Instrumentos

Para este estudo de cariz exploratório foram aplicados três instrumentos: a escala de Locus de Controlo de Saúde de Pais Ribeiro (1994), o Inventário de Depressão de Beck (IDB) – primeira versão – de Vaz Serra & Pio Abreu (1973), ambas aferidas para a população portuguesa. Para efeitos de caracterização da amostra junta-se um questionário sócio-demográfico de elaboração julgada pertinente.

A escala desenvolvida por Pais Ribeiro (1994) permite “hierarquizar” as dimensões de expectativas de controlo como são percebidas pelo sujeito, averiguando desta forma se este atribui a si, a outros ou ao acaso, o controlo sobre os resultados da sua saúde.

A variância total de 43.3% das respostas à escala pode ser explicada, segundo o autor, por dois factores: O “LdC”, onde é assumido que a sorte desempenhe um papel importante na prevenção e recuperação da saúde, e “Outros Poderosos” pelo qual o sujeito considera que manter contactos regulares com o médico será a única forma de evitar e vencer a doença. A análise de consistência interna (alfa de Cronbach) do primeiro factor foi de 0.75 e do segundo 0.74, tendo-se avaliado para a escala total um alfa de 0.69.

Esta escala quantitativa é constituída por 14 items, sendo que 8 destes remetem para “LdC” (e.g., “As pessoas que nunca adoecem é porque têm muita sorte.”) e os

restantes 6 para “Outros Poderosos” (e.g., “Para se recuperar de uma doença são necessários, essencialmente, bons cuidados médicos”). Estes itens surgem sob a forma de uma afirmação que o sujeito poderá avaliar numa escala tipo Likert de 7 elementos entre “A – Discordo totalmente” e “G – Concordo totalmente”, consoante a ressonância que tenha na sua opinião.

A cotação atinge-se pela soma do valor atribuído a cada resposta a um item associado a cada resposta numa chave, sendo que o menor resultado possível será 14 e o máximo será 98. Ao mínimo se atribuirá o LdC externo e ao máximo o interno.

Esta escala é, tanto quanto pudemos averiguar, a única a medir as expectativas do controlo de saúde em Portugal (Pais Ribeiro, 2007). É um instrumento rápido de aplicar, obtendo bastante informação sobre o sujeito, sem se tornar demasiado enfadonho. Como inconveniente cita-se a condição de internamento como um possível viés, uma vez que, ao entregarem-se a cuidados médicos, os participantes poderão mostrar uma tendência para a atribuição do controlo a “Outros Poderosos”.

O IDB, aferido por Vaz Serra & Pio Abreu (1973), mede sintomas indicadores de uma Perturbação de Humor que vão de encontro aos critérios de diagnóstico presentes no DSM-IV-TR (APA, 2002), não distinguindo psicopatologias específicas nas quais as manifestações depressivas sejam patognómicas ou somente presentes.

Constitui um instrumento rápido e fiável de medição de sintomas depressivos, como o comprova a consistência interna (alfa de Cronbach) de 0.81. É dividido em duas sub-escalas: a cognitiva-afectiva e a somática. É constituído por 21 grupos de sintomas, cada um com 5 afirmações em ordem crescente de gravidade, numeradas de 0 a 3 (i.e., “Não me sinto descontente comigo” teria cotação 0 e “Odeio-me” teria cotação 3), sendo que algumas frases poderiam ter classificações iguais. É avaliado a partir da soma das cotações de cada grupo, determinando se existe ou não indício de depressão, e, em caso afirmativo, qual a severidade desta de acordo com uma chave.

Observa-se como inconveniente o facto de repousar na capacidade de auto-avaliação dos respondentes, sabendo que a percepção destes sintomas implica uma capacidade introspectiva que falta a certos indivíduos com diagnósticos onde a depressão é notória ou subjacente, ou aqueles que acarretam défice cognitivo.

Em conjunto com os anteriores associou-se um questionário sócio-demográfico. Este pretende caracterizar os participantes quanto a: género; idade; profissão; estado civil; estado profissional e duração de uma hipotética situação de desemprego; considerar se o rendimento de que auferir é suficiente para pagar as suas despesas;

idade que tinha ao consumir a primeira bebida alcoólica; há quanto tempo bebe em excesso; número de internamentos anteriores e respectivas instituições de acolhimento; frequência de um programa de desintoxicação em ambulatório; consumo anterior ao corrente internamento (especificando tipo de bebida e quantidade); onde bebe; em que companhia consome; de quem partiu a ideia de um internamento; motivação para a desintoxicação; uma questão sobre o consumo anterior de outra substância adictiva; e uma possível percepção da relação do consumo excessivo com acontecimentos marcantes.

Todos os instrumentos são de auto-preenchimento, sendo oferecido apoio a utentes que se revelem incapazes (e.g., por não saberem ler). Foram respondidos individualmente em alguns casos e em grupo noutras alturas, sem limitação de tempo. Foi observada a aplicação de acordo com as regras internacionais de aplicação de testes psicométricos e garantias de confidencialidade e anonimato. Verificou-se uma desistência a meio da participação, baixando o N para 108 sujeitos.

Procedimento

As instituições de interesse, seleccionadas por recomendação do Instituto da Droga e da Toxicoddependência (IDT), admitem em internamento sujeitos que cumprem os requisitos descritos na caracterização dos participantes, localizando-se na área metropolitana de Lisboa onde seguem um programa terapêutico com apoio psicológico. Das aconselhadas, foram recolhidos dados em três. Note-se que a amostra incluiu alguns indivíduos que simultaneamente estivessem em tratamento por abuso de outras substâncias adictivas, visto ser este um factor representativo. A recolha de sujeitos é portanto efectuada por conveniência, de forma intencional e procura a heterogeneidade da amostra, como de resto o procedimento o indica.

O primeiro contacto com as instituições ocorre através de envelope registado contendo uma carta de apresentação, na qual é providenciada a identificação do investigador, da orientadora de seminário de dissertação, do objecto, do objectivo de estudo e o pedido expresso para levar a cabo um estudo com utentes da instituição que optem participar.

Foram conseguidas as autorizações, pelos responsáveis de cada instituição, para proceder à recolha de dados na clínica de alcoologia “Novo Rumo” localizada na Casa de Saúde do Telhal, no Centro de Alcoologia da Região de Lisboa (CRAL) e na Unidade de Tratamento e Reabilitação Alcoólica (UTRA), ambos localizados no

Parque de Saúde de Lisboa (PSL). Note-se que no CRAL os utentes se encontravam na 3ª e 4ª semana do seu programa, no UTRA encontravam-se na 1ª e 2ª semana, enquanto no “Novo Rumo” estavam na 1ª e 3ª semana.

Tive oportunidade de visitar em múltiplas ocasiões estas unidades em horários que não interferissem com o programa terapêutico previsto e num local que me assegurou as condições adequadas para a realização dos instrumentos propostos.

Num primeiro contacto com os participantes tomou lugar uma curta apresentação do investigador e do objectivo do estudo, cuja descrição se resumiu a um “estudo sobre os sentimentos dos alcoólicos relativamente à sua doença”, de maneira a não enviesar as respostas. Foi sugerida a sua amável participação em regime voluntário com sigilo garantido, e informado aos sujeitos de que seriam medidos num só momento, assumindo-se assim esta investigação como transversal.

A instrução para o preenchimento da escala de LdCS, de criação do autor, encontrou-se disponível no topo da primeira folha do instrumento, e lia: “Vai encontrar, a seguir, um conjunto de afirmações acerca da maneira como as pessoas pensam acerca da saúde. À frente de cada afirmação encontra 7 letras (de A a G). Se assinalar a A significa que discorda totalmente da afirmação e que você nunca a faria; se assinalar a letra G significa que concorda totalmente e que corresponde totalmente à sua maneira de pensar. Entre estes dois extremos tem ainda 5 possibilidades (5 letras) de escolha, consoante estiver mais em desacordo ou de acordo com a sua maneira de pensar. Assinale apenas uma das letras. Não há respostas certas ou erradas. Todas as respostas que der são igualmente correctas. Peço-lhe que reflecta bem na resposta que der, de modo que ela expresse a maneira como pensa”.

Para o IDB, foi oferecida a seguinte instrução, igualmente redigida pelos autores do instrumento no cabeçalho do inventário: “O questionário que a seguir é apresentado é constituído por vários grupos de afirmações. Em relação a cada grupo escolha uma só afirmação. Assinale com uma cruz (x) no quadrado respectivo ☐ aquela que descreve melhor a forma como se sente no momento actual”.

O questionário sócio-demográfico foi apresentado como tal, sendo garantido, tal como nos instrumentos anteriores, que a confidencialidade estava assegurada.

Convidaram-se de seguida os participantes a responder o mais sinceramente que pudessem, não se detendo muito tempo em cada afirmação. As recusas a determinadas respostas não foram contestadas, sendo o direito à privacidade dos

participantes totalmente respeitado. Disponibilizam-se respostas a quaisquer questões que surgissem e iniciou o preenchimento.

Os dados obtidos serão sujeitos a tratamento estatístico no programa informático SPSS versão 17, havendo ainda lugar à análise de conteúdo de algumas respostas requeridas pelo questionário sócio-demográfico (e.g., motivação para a desintoxicação).

A partir dos dados são discutidos os resultados, descrevendo aqueles que oferecerem um maior impacto à psicologia de saúde, nomeadamente os que oferecem resposta aos problemas de investigação. É de seguida efectuada uma discussão analítica, onde se integram as descobertas no quadro do conhecimento actual e as implicações para a sua área na ciência portuguesa.

RESULTADOS

A depressão

O tratamento de dados relativos aos scores do IDB (Vaz Serra & Pio Abreu, 1973) revelou, como esperado, uma amostra com 68.6% de participantes deprimidos e 31,4% abaixo do ponto de corte. Destes, 30.6% estão no grau leve (13 a 18), 16.8% em grau leve a moderado (19 a 22), 6.9% em grau moderado (23), 27.9% em grau moderado a grave (24 a 30) e 18.2% em estado grave (31 a 45). A classificação média ($M= 18.23$, $SD= 10.42$, $N= 105$) corresponde, segundo os autores da aferição portuguesa, a um grau de depressão leve.

Separando, no entanto, o género masculino ($M= 18.06$, $SD= 10.63$, $N= 84$) do feminino ($M= 18.90$, $SD= 9.73$, $N= 21$), observamos que o último se aproxima já do grau leve a moderado. No entanto, aplicando o teste paramétrico ANOVA *one-way* ($F(1,104)= 0.11$, $p= 0,74$, $N= 105$), notamos que não existem diferenças significativas nos scores de ambos os géneros, considerando os níveis de significância habituais.

Para averiguar a existência de diferenças significativas entre as classificações, possivelmente contaminadas pelas instituições e pelo momento temporal do internamento associado ao momento da recolha, procedeu-se ao teste paramétrico ANOVA *one-way* para comparação de médias ($F(2, 101) = 1.82$; $p = 0.17$; $N= 103$), no qual se verificou que não haviam, de facto, diferenças significativas para os níveis de significância habituais.

Como esperado, a consistência da escala é elevada, marcando um alfa de 0.88.

O LdCS

Os resultados da escala de Locus de Controlo de Saúde (Pais Ribeiro, 1994) revelaram uma amostra onde predominavam os sujeitos com expectativas de controlo externas (69.7%) – entre as quais se encontraria a atribuição a “Outros Poderosos” com 64.6% e à “Chance” com 5.1% – face a internas (30.3%). A média das classificações ($M= 51.6$, $SD= 10.92$, $N= 99$) reflecte que, apesar da externalidade dominar a amostra, os scores são relativamente aproximados ao ponto de corte 56 para a atribuição interna. Esta constatação poderia tentar-nos a acreditar na possibilidade de pelo menos uma das instituições visitadas ter uma pontuação média

interna. Aprofundando esta questão, verificamos as médias do CRAL ($M= 52.49$, $SD= 10.12$, $N= 47$) e do “Novo Rumo” ($M= 52.74$, $SD= 11.87$, $N= 23$), que, não diferindo muito entre si, revelavam diferenças em relação aos dados da UTRA ($M= 49.24$; $SD= 11.4$, $N= 26$). Constatamos assim que nenhuma das instituições se encontrava num registo interno. Note-se que o decréscimo no N total é explicado pela exclusão de *outliers* dentro de cada instituição.

Averiguando a significância desta descoberta, precedemos ao teste paramétrico ANOVA one-way para comparação de médias ($F(2, 90) = 3.01$; $p = 0.05$; $N= 92$), verificando que não se observam diferenças significativas entre aquelas para os níveis de significância habituais.

Refira-se ainda que, comparando os scores médios do género masculino ($M= 48.54$, $SD= 8.73$, $N= 70$) e feminino ($M= 56.52$, $SD= 7.01$, $N= 21$), observamos que, após exclusão de outliers, o último exhibe uma média precisamente no ponto de corte para a determinação de um LdCS interno. Existem aliás diferenças estatisticamente significativas entre os dois, como descobrimos ao estudá-las com o teste não paramétrico ANOVA one-way ($F= 14.67$, $p<0,01$, $N= 91$).

Confirmamos a fidelidade da escala, marcando uma consistência de 0.71. Verificou-se ainda que esta beneficiaria da exclusão de alguns items, trabalho que, aliás, o autor recomenda de futuro.

Dois companheiros num barco

A relação entre os scores de ambos os instrumentos psicométricos foi primeiro encarada como possivelmente funcional, pelo que o procedimento estatístico adequado seria o da regressão linear. No entanto, ao verificar os pressupostos para este teste, constatou-se que uma das variáveis (nomeadamente os scores do IDB) não demonstrava, pela análise do gráfico dos erros, que estes fossem independentes entre si, inviabilizando-o. Refira-se aliás que todas as variáveis quantitativas foram testadas para averiguar uma possível relação do tipo linear, mas o sucesso na verificação de pressupostos foi limitada a um só caso (o LdCS).

Sendo assim procedeu-se à verificação de uma eventual associação entre os resultados do IDB e do instrumento do LdCS. Aplicar-se-ia então o teste de correlação paramétrico de Spearman, pelo qual pudemos confirmar uma correlação negativa, ainda que baixa ($r= -0.23$, $p= 0.03$, $N= 97$) mas significativa para o nível de significância 0,05 num teste bilateral.

Uma evolução do consumo

No decorrer da revisão literária, tornou-se clara a necessidade de verificar a relação – se alguma – entre algumas das variáveis quantitativas dispostas no questionário sócio-demográfico e entre estas e os instrumentos aplicados.

A relevância do acompanhamento do percurso do alcoólico é tão mais evidente quando constatamos que este mal é progressivamente incapacitante e, tal como uma doença imunológica, vai atacando as defesas do sujeito. Na procura de evidência estatística, descobrimos, ao aplicar teste paramétrico de Pearson ($r = -0.30$, $p < 0.01$, $N = 93$), uma correlação negativa baixa, significativa para o nível de significância de 0,01 num teste bilateral. Desta forma, parece verificar-se uma associação entre a progressão da idade cronológica e a tendência para a atribuição do LdCS a forças externas, tendo a primeira variável sido compreensivelmente associada à variável “anos de consumo em excesso” ($r_s = 0.30$, $p < 0.01$, $N = 100$) para os níveis de significância usuais.

Aprofundando, procuramos a sub-dimensão que melhor explicaria essa associação. Para este efeito optamos por testes correlacionais, cujos resultados evidenciaram a associação entre o favorecimento da expectativa de controlo da “Chance” e a progressão da idade (ver tabela 1), para um alfa de 0.01, enquanto o mesmo não se verificou com a sub-dimensão “Outros Poderosos”.

Tabela 1. Correlação entre a Idade e Sub-Dimensões externas.

			Idade
Ró de Spearman	Outros Poderosos	Coef. de Correlação	-,161
		Prob. Sig. (bilateral)	,110
		N	100
Correlação de Pearson	Chance	Coef. De Correlação	-,332**
		Prob. Sig. (bilateral)	,001
		N	101

**. A correlação é significativa para um alfa de Cronbach de 0.01 (bilateral).

Poder-se-ia cogitar o afastamento do controlo do interno para o externo com o aumento do consumo de etanol, considerando que a perda de controlo pudesse levar a um consumo desenfreado, no entanto, como mostram os dados, tal não se revelou ($r_s = 0.2$, $p = 0.07$, $N = 83$) significativo. De facto, a associação entre a idade e o

consumo de álcool é inversa para o nível de significância 0.05, como o concluiu o teste não paramétrico de Spearman ($r_s = -0.26$, $p = 0.02$, $N = 86$), por outras palavras, quanto mais novo é o sujeito, mais elevada será a ingestão de etanol.

A perda de autonomia poderá inclusive condicionar a disponibilidade pessoal para procurar um fim para o seu vício, depositando em outros, como a sua família ou um médico de clínica geral, a sugestão de um internamento, ao qual depois se conformam. Estudando os dados disponíveis, podemos observar que os sujeitos que atribuíram exclusivamente a si a iniciativa de um internamento exibem um score de LdCS mais elevado ($M = 54.15$, $SD = 12.66$, $N = 38$), seguindo-se o repartir da diligência ($M = 51.98$, $SD = 11.34$, $N = 43$) e finalmente a delegação do controlo para outros, sejam familiares ($M = 44.46$, $SD = 12.97$, $N = 12$) ou pessoal médico ($M = 47.50$, $SD = 11.66$, $N = 10$). Procedeu-se então ao teste ANOVA one-way ($F(3, 99) = 5.46$, $p < 0.01$, $N = 103$), do qual decorreu a necessidade de distinguir os grupos com diferenças significativas entre si.

Estudos estatísticos subsequentes de comparações múltiplas das médias das ordens *post-hoc* (LSD) mostraram diferenças significativas entre os scores dos participantes que tomaram a iniciativa própria de se internarem, face aos que o fizeram por intervenção familiar ($p < 0.01$) ou médica ($p = 0.04$). Já os que tomaram uma decisão conjunta, diferem significativamente da média daqueles que seguiram uma sugestão familiar ($p < 0.01$). As restantes combinações não demonstraram diferenças significativas entre médias.

DISCUSSÃO

O presente estudo exploratório pretende preencher um vazio na investigação relativa ao doente alcoólico português. Procura, por um lado, analisar as expectativas de controlo mais frequentes nesta população – inferida a partir da amostra de que dispusemos –, e por outro, estudar uma eventual relação com a depressão. Tanto quanto pudemos averiguar, este é o primeiro estudo deste género, o que limita infelizmente algumas comparações, especialmente dentro do universo português.

A predominância das expectativas de controlo assentes em “Outros Poderosos” encontrado no decorrer desta investigação poderá ser uma expressão da falácia de Berkson (1946), que acautela para a predisposição de sujeitos hospitalizados a tonalidades de respostas que, em outras circunstâncias poderiam ser diferentes. É pois compreensível que, ao entrar voluntariamente para um programa de desintoxicação o indivíduo esteja disposto a abdicar do controlo que mantém sobre as suas opções médicas a alguém que confia ser mais qualificado para tomar essas decisões por si. Sabemos também que o indivíduo com sintomas depressivos se apresenta demasiado passivo e debilitado para investir em si (Coimbra de Matos, 2001), e poderá exhibir comportamentos captativos e/ou de submissão para colmatar défices emocionais. Não obstante, argumentaríamos que a instrumentalização de outros para o bem próprio poderá ser um exercício de controlo interno, abrindo desta forma o leque de expectativas.

A delegação do controlo a “Outros Poderosos” decorrerá de um exercício introspectivo, através do qual o sujeito alcoólico constata a sua indefensibilidade perante o objecto viciante ao qual não consegue resistir, e procura a contenção e reorganização no “colo” providenciado por técnicos especializados (Millet & Sandberg, 2003). Este desamparo, resultado de constantes conflitos psíquicos entre o Eu real adicto e o Eu ideal sóbrio, repercute-se em todas as dimensões da experiência individual, dominando a existência do indivíduo e condicionando a confiança na capacidade de auto-determinação. Daí a necessidade imperiosa de um acompanhamento terapêutico a curto prazo, de forma a limitar os efeitos no universo bio-psico-social do adicto e, não só dotá-lo de defesas, como, numa fase seguinte, identificar e elaborar sobre o(s) elemento(s) precipitante(s), em ambulatório.

Não ficamos indiferentes perante a classificação, que honestamente podemos dizer não esperávamos tão alta, nem tão pouco à diferença das médias dos scores no instrumento do LdCS entre os géneros. A evidência de que a amostra feminina se localiza no limiar da atribuição do controlo ao próprio, distinta dos sujeitos masculinos, tem de ser analisada. Apesar da diferença acentuada no número de participantes de cada género, este resultado é no mínimo hipotético de uma maior responsabilização da mulher com alcoolismo face a medidas de promoção da sua saúde, comparativamente ao homem alcoólico. Poderíamos pensar se esta não se deveria à necessidade, talvez mais premente na mulher, de retomar controlo sobre a sua vida para depressa abandonar o estigma acrescido que acompanha a sua adição, do contraste espinhoso entre o papel familiar de responsabilidade que lhe é atribuído e o estilo de vida tipicamente masculino associado ao alcoolismo.

Expressões destes conflitos nos alcoólicos serão os sintomas depressivos, em tudo semelhantes aos que preenchem os requisitos DSM-IV-TR (APA, 2002) para várias perturbações do humor. A média encontrada na amostra de participantes é bastante elevada ($M= 18.23$) e reflecte ainda o trabalho de reorganização que se afigura para o alcoólico em recuperação, bem como a indubitabilidade da comorbilidade. No estudo de Deus (2002) foi verificada uma média ligeiramente mais alta ($M= 19.51$), pese embora ter contado com uma amostra mais reduzida comparativamente ao presente estudo e não ter podido considerar membros do sexo feminino. Na verdade, a comparação dos nossos resultados com outros estudos, de forma meticulosa, revela-se difícil dada a dificuldade dos investigadores na obtenção de uma amostra feminina. De facto, a pouca expressão deste género na investigação, limita a generalização dos seus resultados (Wang & El-Guebaly, 2004). Impõe-se em futuros estudos, um debruçar sobre a experiência feminina do alcoolismo.

A relação funcional ou a associação correlativa entre as variáveis do LdCS e da depressão é, até hoje, terreno por explorar. Apesar de estudos prévios que procuraram estabelecer uma ligação entre o constructo do LdC e a depressão (e.g., Kennedy, Lynch e Schwab, 1998), sabemos que a minúcia das variáveis pode produzir resultados bastante distintos, pelo que a ligação real entre ambas seria uma incógnita. De facto verifica-se que os dados colocam de parte a possibilidade da depressão actuar como variável preditora de uma expectativa de controlo, ou, dito de outra forma, que os scores do IDB (Vaz Serra & Pio Abreu, 1973) variassem linearmente com os do instrumento do LdCS (Pais Ribeiro, 1994). Constatámos, no

entanto, que existe uma associação inversa entre estas variáveis. Apesar de fraca, notamos uma correlação negativa entre as classificações de ambos os instrumentos, da qual inferimos existirem evidências significativas de que um dado sujeito com um LdCS externo assinala de forma mais frequente e/ou grave a experiência de sintomas depressivos, comparativamente a alguém com um LdCS interno.

Quando consideramos uma atitude de base pressupondo a incapacidade para controlar a própria saúde, constatamos a grave possibilidade de esta se reflectir na avaliação que o sujeito faz da consequência das suas acções. Daqui, não estará longe o elo a um sentimento de inferioridade ou de culpa. A falta de controlo sobre o consumo com que se confronta o alcoólico joga-o entre a angústia do vazio que acompanha a abstinência, e o custo de ceder, expresso em tristeza e auto-desconfiança.

O desamparo com que se apresentam os utentes ao internamento, sofrendo com as mazelas resultantes da abstinência, poderá despertar nos técnicos de saúde uma atitude protectora, que pese embora em certa medida seja humana, poderá ser contraproducente (Auerbach, 2001). Braddock et al. (1999) notou que pouco seria feito pelo profissional para nutrir o sentimento de auto-vigilância no que toca à saúde, podendo tal procedimento causar dependência e inércia pela sua associação inconsciente à parte infantil e dependente do paciente.

A compreensão das experiências e expectativas de controlo dos seus pacientes, sem a necessidade de atitudes paternalistas (Braman & Gómez, 2004), é algo que poderá auxiliar o técnico de saúde no desenvolvimento de melhores práticas de intervenção, que, por sua vez, se poderá reverter numa evolução positiva do quadro clínico do utente. É no sentido de promover o conhecimento do técnico de saúde que surge esta investigação sobre o doente alcoólico em internamento, esperando humildemente que ofereça um contributo à relação terapêutica reconhecendo a necessidade de estimulação à independência e auto-regulação da saúde. Por outras palavras, fomentar crenças num LdCS interno. Este será, segundo Levenson (1974), o objectivo da reabilitação.

O modelo de Minnesota, guia essencial das instituições onde foi feita a recolha de dados para este estudo, aborda o alcoolismo como uma doença progressiva e crónica. A evolução desta adição, concordamos, não pode ser entendida apenas nos limites de um consumo exponencial. Antes, essa progressão parece remeter, de forma paradoxal e simultânea, para o afastamento e dependência de um outro.

A tendência demonstrada pelos testes estatísticos realizados no decorrer deste estudo reforça a urgência da intervenção junto ao doente crónico. A gradual adopção da crença de controlo assente na sub-dimensão externa “Chance”, como responsável esperada pelos reforços positivos ou negativos na saúde, é preocupante. Demonstra o desespero da possibilidade de influência sobre os resultados relativos à sua saúde e depõe na fantasia uma confiança que deveria ser depositada saudavelmente no mundo real. Poderemos especular que tal se deve à minguante crença de que seja possível controlar a doença, ou que seja possível a influência de outros, terminando por abandonar qualquer confiança na controlabilidade dos eventos que ditam a sua saúde. Esta conclusão parece ir um pouco no sentido da hipótese de Folkman (1984) quanto à existência de uma ordem natural, pela qual a “externalidade” acompanharia a falência da saúde física (Seeman & Lewis, 1995), culminando no esgotamento. Ou seja, o abandono de expectativas de controlo pessoais seria fruto do decréscimo de discernimento que acompanharia a debilitação. À falta de possibilidades reais de controlo, surgiria a fantasia para preencher, uma vez mais, o vazio.

Entre os resultados mais salientes deste estudo, sobressaem os que associam a idade a variáveis referentes ao padrão e historial de consumo alcoólico. Apesar de no corrente estudo não ter sido procurada a distinção entre alcoolismo tipo I e II, este fez-se destacar de forma perceptível. Cloninger (1987, cit. por Deus, 2002) enquadrava no tipo I os sujeitos chamados alcoólicos “modernos”, consumidores jovens que ingeriam quantidades massivas de álcool com o objectivo expresso de procurar a embriaguez. Através da realização de testes estatísticos encontramos exactamente essa correlação negativa entre as duas variáveis, da qual duas conclusões poderão emergir: ou o consumo tende a atingir um pico e daí decrescer, ou se confirma a separação entre dois grupos com distintos padrões e etiologias. Aparentemente a única forma de esclarecer esta dúvida, seria através da realização de estudos longitudinais que esclareçam, entre outras questões, se a crença externa precede, se agrava ou resulta do consumo tóxico. Seja como for, os graves malefícios do álcool não parecem restritos ao quase “afogar” no etanol, sendo consequente a consideração dos custos e efeitos de uma exposição prolongada na psique humana, aliada, como tivemos oportunidade de sugerir, a uma análise de factores propícios.

Dada a importância para a constituição da ciência psicológica da previsão de um comportamento como resposta a uma variável ou combinação de variáveis, utilizamos a iniciativa para o internamento como uma medida, necessariamente

especulativa, da capacidade que as crenças do LdCS têm de fazer exactamente isso. Confiando nos nossos dados, podemos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias do LdCS das pessoas que escolheram o internamento por si mesmas ou em parceria com outros, comparativamente aos que repousaram somente na decisão de outros. Daqui retemos que as classificações mais altas no instrumento do LdCS, parecem traduzir-se em sujeitos que optam iniciar tratamento para tomar controlo sobre um determinante importante da sua saúde, como será o consumo de álcool, agindo de acordo com as suas crenças. Pese embora a fragilidade de uma simples comparação de médias, somos de opinião que não estão ainda disponíveis os instrumentos que permitam a verificação inequívoca. De resto, fica por saber a extensão da influência sobre os resultados do LdCS que tiveram as falhas de consistência interna desta escala, ainda que não tenham sido muito graves.

Assim, no decorrer desta investigação fomos registando os obstáculos mais determinantes, que, sem querer colocá-los como limitações ao presente estudo, oferecemos como referência a futuros trabalhos científicos. Os instrumentos utilizados foram os mais adequados possível, considerando a oferta aferida para a população portuguesa, havendo no entanto conhecimento de instrumentos adaptados para grupos de alcoólicos que não pudemos utilizar. São disto exemplo a *Drinking Related Locus of Control Scale* (DRIE) desenvolvida por Donovan e O'Leary (1978) e a versão IDB-II (Beck, Steer & Brown, 1996).

Adicionalmente, não devemos esquecer que tanto o álcool como a depressão estão associados a problemas de memória (Saunders et al., 1991), pelo que as perguntas patentes no questionário sócio-demográfico terão de ser trabalhadas no sentido de não pedirem um exercício que os coloquem em evidência (e.g., a questão relativa ao intervalo entre internamentos), tanto para conforto do sujeito que as tenta responder, como pelo risco inerente de que fique uma questão pertinente inutilizável.

Sugere-se que em estudos posteriores se procure a aplicação dos anteriores instrumentos a elementos desta população ainda em período activo de consumo abusivo de forma a existir um termo de comparação e se permita a despistagem da falácia de Berkson (1946). Igualmente importante seria medir a evolução quer da variável do LdCS quer da depressão ao longo do internamento, pois pese embora os dados deste estudo indiquem que este não ocorre, esta conclusão carece de medidas relativas a um mesmo indivíduo em diferentes momentos do seu percurso terapêutico. Torna-se fulcral demonstrar com dados estatísticos a evolução dos

sintomas depressivos durante e após o internamento, de forma a que se constitua um degrau a partir do qual se possa tentar o despiste da posição primária ou secundária da depressão em comorbilidade com alcoolismo, idealmente durante o internamento.

Finalmente, parece revelar-se no plano teórico a necessidade de averiguar uma sub-dimensão dentro da internalidade, que separe a expectativa de influência determinada por bons hábitos relacionados com a prevenção e adaptação à doença, de uma outra, contaminada por mecanismos de defesa que visem contrariar a angústia que acompanha o mal-estar físico e/ou psicológico. Por exemplo, um indivíduo com características estado/traço maníacas poderia ser tentado a negar uma patologia ou um problema associado, evitando disputar a validade das suas crenças de controlo com um médico ou um psicólogo. O obstáculo que tal representa para a adesão a um programa terapêutico, fará deste um ponto a perseguir numa próxima investigação.

CONCLUSÃO

Este estudo reforça a necessidade de um aprofundamento da investigação à psique do doente crónico alcoólico. O internamento pretenderá mais que uma cura desintoxicante, tomando em consideração a estabilidade psicológica do sujeito na altura de intervir sobre as suas estruturas em colapso. A missão do técnico de saúde, em especial o que foca na sua intervenção o mundo interno, é o de estimular a capacidade, talvez dormente no adicto, de fazer compromissos com o passado e acreditar que lhe compete quebrar ciclos e escrever o futuro. Neste âmbito, o técnico que recebe aquele a quem poderíamos chamar “milhafre ferido na asa”, comprometido a conhecer para dar a relembrar a humanidade comprometida. Para esse efeito, pode e deve fazer-se valer do que informam estudos desta natureza.

A desistência do controlo a favor de um outro, julgado mais influente, apresenta-se no momento do internamento como um factor facilitador à adesão, mas constitui uma faca de dois gumes. Aquele que delega constantemente para o próximo, a responsabilidade de controlar um bem tão crítico como a saúde, será mais facilmente corrompido por tentações e propenso portanto a recaídas, sendo estas subsequentemente interpretadas como tendo raiz, uma vez mais, em factores de natureza externa. O agente da desintoxicação terá sempre de encarnar no sujeito, estimulado pelos técnicos de saúde à aceitação de um papel inegociável ainda que não intransigente. Rotter (1966) defendeu os benefícios da flexibilidade da atribuição do controlo como um requisito absoluto do contacto com o mundo real, reforçando a admissão da intervenção de outros, assumindo-se todavia determinante e regulador.

A progressiva debilitação do sujeito alcoólico cujo tratamento falhe a coroação do próprio como activo controlador dos resultados na sua saúde, poderá resultar num aprofundar no exílio desesperante. Daqui a necessidade de considerar *a priori* da terapêutica, as necessidades especiais que acompanham cada sujeito, atendendo a que, como mostraram os dados, existe uma tendência para a atribuição a “Outros Poderosos” que se associa por sua vez a acrescidos sintomas depressivos. As expectativas externas poderão bem ser a causa para o insucesso da terapêutica, e julgando pelas descobertas deste estudo, torna-se imperiosa a intervenção dirigida a devolver o sentimento de controlo ao alcoólico, arriscando no contrário a desilusão que acompanha a tentativa e erro.

REFERÊNCIAS

- Abraham, K. (1925). The influence of oral erotism on character-formation. *International Journal of Psychoanalysis*, 6, 247-259.
- Adler, A. (1930). Individual psychology. In C. Murchinson (Ed.), *Psychologies of 1930* (pp. 395-405). Worcester, MA: Clark University Press.
- Almeida, J. & Pereira, M. (2006). Locus de controlo na saúde: Conceito e validação duma escala em adolescentes com diabetes tipo I. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (2), 221-238.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais: DSM-IV-TR* (4ª ed., texto revisto). Lisboa: Climepsi.
- Archer, T., Kostrzewa, R., Beninger, R. & Palomo, T. (2008). Cognitive symptoms facilitatory for diagnoses in neuropsychiatric disorders: Executive functions and locus of control. *Neurotoxicity Research*, 14 (2,3), 205-225.
- Armitage, C. (2003). The relationship between multidimensional health locus of control and perceived behavioural control: How are distal perceptions of control related to proximal perceptions of control? *Psychology and Health*, 18 (6), 723-738.
- Auerbach, S. (2001). Do patients want control over their own health care? A review of measures, findings and research issues. *Journal of Health Psychology*, 6 (2), 191-203.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Beck, A., Steer R. & Brown G. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Berkson, J. (1946). Limitations of the application of fourfold tables to hospital data. *Biometrics Bulletin*, 2 (3), 47-53.
- Benard, B. (2004). *Resiliency: What we have learned*. San Francisco: WestEd.
- Bettencourt, B., Talley, A., Molix, L., Schlegel, R. & Westgate, S. (2008). Rural and urban breast cancer patients: Health locus of control and psychological adjustment. *Psycho-Oncology*, 17 (9), 932-939.
- Blau, G. (1993). Testing the relationship of locus of control to different performance dimensions. *Journal of Organizational and Occupational Psychology*, 66 (2), 125-138.

- Braddock, C., Edwards, K., Hasenberg, N., Laidley, T. & Levinson, W. (1999). Informed decision making in outpatient practice: Time to get back to basics. *Journal of American Medical Association*, 282 (24), 2313-2320.
- Braman, A. & Gómez, R. (2004). Patient personality predicts preference for relationships with doctors. *Personality and Individual Differences*, 37 (4), 815-826.
- Carden, R., Bryant, C. & Moss, R. (2004). Locus of control, test anxiety, academic procrastination, and achievement among college students. *Psychological Reports*, 95 (2), 581-582.
- Centro Regional de Alcoologia de Lisboa. (S/d). *Conversão do volume de álcool em gramas*. Consultado em 12 de Março de 2009 através de <http://www.cras.min-saude.pt/pf.htm>
- Coimbra de Matos, A. (2001). *A depressão: Episódios de um percurso em busca do seu sentido*. Lisboa: Climepsi.
- Deming, A. & Lochman, J. (2008). The relation of locus of control, anger, and impulsivity to boys' aggressive behavior. *Behavioral Disorders*, 33 (2), 108-119.
- Deus, A. (2002). *O alcoolismo: Uma forma de desistência de vida*. Lisboa: ISPA.
- Donovan, D. & O'Leary, M. (1978). The drinking-related locus of control scale: Reliability, factor structure, and validity. *Journal of Studies on Alcohol*, 39 (5), 759-784.
- Fairbairn, W. (1943). The repression and the return of bad objects. *British Journal of Medical Psychology*, 19, 327-341.
- Flouri, E. (2006). Parental interest in children's education, children's self-esteem and locus of control, and later educational attainment: Twenty-six year follow-up of the 1970 british birth cohort. *British Journal of Educational Psychology*, 76 (1), 41-55.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64 (4), 839-852.
- Forte, A. (2005). Locus of control and the moral reasoning of managers. *Journal of Business Ethics*, 58 (1-3), 65-77.
- Gan, Y., Shang, J. & Zhang, Y. (2007). Coping flexibility and locus of control as predictors of burnout among chinese college students. *Social Behavior and Personality*, 35 (8), 1087-1098.
- Gianakos, I. (2002). Predictors of coping with work stress: The influence of sex, gender role, social desirability, and locus of control. *Sex Roles*, 46 (5,6), 149-158.

- Guinn, B. (1998). Acculturation and health locus of control among mexican-american adolescents. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 20 (4), 492-499.
- Hattrup, K., O'Connell, M. & Labrador, J. (2005). Incremental validity of locus of control after controlling for cognitive ability and conscientiousness. *Journal of Business and Psychology*, 19 (4), 461-481.
- Hong, T., Oddone, E., Dudley, T. & Bosworth, H. (2006). Medication barriers and anti-hypertensive medication adherence: The moderating role of locus of control. *Health & Medicine*, 11 (1), 20-28.
- Joiner, T., Metalsky, G., Katz, J. & Beach, S. (1999). Depression and excessive reassurance-seeking. *Psychological Inquiry*, 10 (4), 269-278.
- Jung, C. (1923). *Psychological Types*. New York: Harcourt Brace.
- Karayurt, Ö. & Dicle, A. (2008). The relationship between locus of control and mental health status among baccalaureate nursing students in Turkey. *Social Behavior and Personality*, 36 (7), 919-930.
- Kennedy, B., Lynch, G. & Schwab, J. (1998). Assessment of locus of control in patients with anxiety and depressive disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 54 (4), 509-515.
- Koleck, M., Mazaux, J., Rascl, N. & Schweiter, M. (2005). Psycho-social factors and coping strategies as predictors of chronic evolution and quality of life in patients with low back pain: A prospective study. *European Journal of Pain*, 10 (1), 1-11.
- Laflamme, D. (2003). Online health information-seeking, health locus of control and health literacy among low-income internet users in east Baltimore. *Dissertation Abstracts International*, 64 (2-B), 666.
- Lee, C. (2008). Career maturity, career decision making self-efficacy, interdependent self-construal, locus of control and gender role ideology of Chinese adolescents in Hong Kong. *Dissertation Abstracts International*, 69 (2-B), 1361.
- Lefcourt, H. (1976). *Locus of control: Current trends in theory and research*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Legerski, E., Cornwall, M. & O'Neill, B. (2006). Changing locus of control: Steelworkers adjusting to forced unemployment. *Social Forces*, 84 (3), 1521-1537.
- Levenson, H. (1973). Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41 (3), 397-404.
- Levenson, H. (1974). Activism and powerful others: Distinctions within the concept of internal-external control. *Journal of Personality Assessment*, 38 (4), 377-383.

- Levenson, H. (1981). Differentiating among internality, powerful others, and chance. In H. Lefcourt (Ed.), *Research with the locus of control construct* (Vol. 1, pp. 15-63). New York: Academic Press.
- Maroco, J. & Bispo, R. (2003). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Lisboa: Climepsi.
- Mello, M., Barrias, J. & Breda, J. (2001). *Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Millet, P. & Sandberg, K. (2003). Locus of control and its relationship with vocational rehabilitation of unemployed sick leaves in Sweden. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 19 (1), 59-67.
- Ng, T., Sorensen, K. & Eby, L. (2006). Locus of control at work: A meta-analysis. *Journal of Organizational Behavior*, 27 (8), 1057-1087.
- Norman, P. & Bennett, P. (1995). Health locus of control. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour* (pp. 62-94). Buckingham: Open University Press.
- Pais Ribeiro, J. (1994). Reconstrução de uma escala de locus de controlo de saúde. *Psiquiatria Clínica*, 15 (4), 207-214.
- Pais Ribeiro, J. (2007). *Avaliação em psicologia da saúde: Instrumentos publicados em Português*. Coimbra: Quarteto.
- Pais Ribeiro, J. (2009). Coping: Estratégias para redução do stress. *Executive Health and Wellness*, 1 (9), 28-29.
- Partridge, C. & Johnston, M. (1989). Perceived control of recovery from physical disability: Measurement and prediction. *British Journal of Clinical Psychology*, 28 (1), 53-59.
- Phares, E. (2001). Locus of control. In W. Craighead & C. Nemeroff (Eds.), *The Corsini encyclopedia of psychology and behavioral science* (Vol. 2., pp. 889-891). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Richman, J., Cloninger, L. & Rospenda, K. (2008). Macrolevel stressors, terrorism, and mental health outcomes: Broadening the stress paradigm. *American Journal of Public Health*, 98 (2), 323-329.
- Rodrigues, V. & Gonçalves, L. (2004). *Patologia da personalidade: Teoria, clínica e terapêutica* (2ª Ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Rotter, J. (1954). *Social Learning and Clinical Psychology*. New York: Prentice-Hall.
- Rotter, J. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 609.

- Saunders, P., Copeland, J., Dewey, M., Davidson, I., McWilliam, C., Sharma, V. et al. (1991). Heavy drinking as a risk factor for depression and dementia in elderly men: Findings from the Liverpool longitudinal community study. *British Journal of Psychiatry*, 159, 213-216.
- Schröder, C., Johnston, M., Morrison, V. & Teunissen, L. (2007). Health condition, impairment, activity limitations: Relationships with emotions and control cognitions in people with disabling conditions. *Rehabilitation Psychology*, 52 (3), 280-289.
- Seeman, M. & Lewis, S. (1995). Powerlessness, health and mortality: A longitudinal study of older men and mature women. *Social Science & Medicine*, 41 (4), 517-525.
- Semedo, D. (2008). *Comorbilidade psicopatológica, alexitimia e ideação suicida na dependência de álcool* (Monografia de Licenciatura em Psicologia, vertente Clínica e do Aconselhamento). Almada: Instituto Piaget.
- Skinner, E. (1996). A guide to constructs of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71 (3), 549-570.
- Spector, P. (1982). Behavior in organizations as a function of employee's locus of control. *Psychological Bulletin*, 91 (3), 482-497.
- Spector, P., Cooper, C., Sanchez, J., O'Driscoll, M., Sparks, K., Bernin, P. et al. (2002). A 24 nation/territory study of work locus of control in relation to well-being at work: How generalizable are Western work findings? *Academy of Management Journal*, 45 (2), 453-466.
- Twenge, J., Zhang, L. & Im, C. (2004). It's beyond my control: A cross-temporal meta-analysis of increasing externality in locus of control, 1960-2002. *Personality and Social Psychology Review*, 8 (3), 308-319.
- Van der Linden, M., Van der Akker, M. & Buntinx, F. (2001). The relation between health locus of control and multimorbidity: A case-control study. *Personality and Individual Differences*, 30 (7), 1189-1197.
- Vaz Serra, A. & Pio Abreu, J. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos: I. – Ensaio de aplicação do “Inventário Depressivo de Beck” a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, 20 (6), 623-644.
- Verdejo-Garcia, A., Bechara, A., Recknor, E. & Perez-Garcia, M. (2007). Negative emotion-driven impulsivity predicts substance dependence problems. *Drug and Alcohol Dependency*, 91 (2-3), 213-219.
- Vonthron, A. & Lagabriele, C. (2002). The influence of locus of control orientation and internal versus external causal attributions on obstacles during work, in professional integration strategies. *Psyche*, 11 (2), 197-205.

- Wallston, K., Wallston, B. & DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6 (2), 160-170.
- Wang, J. & El-Guebaly, N. (2004). Sociodemographic factors associated with comorbid major depressive episodes and alcohol dependence in the general population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49 (1), 37-44.
- Waters, L. & Moore, K. (2002). Self-esteem, appraisal and coping: A comparison of unemployed and re-employed people. *Journal of Organizational Behavior*, 23 (5), 593-604.
- Weissbach, T., Vogler, R. & Compton, J. (1976). The referral problem in the field of alcohol abuse. *Journal of Community Psychology*, 4 (4), 357-361.
- Winnicott, D. (1953). Transitional objects and transitional phenomena: A study of the first not-me possession. *International Journal of Psychoanalysis*, 34 (2), 89-97.
- World Health Organization (1968). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (8th Revision). Geneva: WHO.

Anexo A

Instrumentos Utilizados

- Escala de Locus de Controlo de Saúde (Pais Ribeiro, 1994).
- Inventário de Depressão de Beck (Vaz Serra & Pio Abreu, 1973).
- Questionário Sócio-Demográfico.

INSTRUÇÕES

Vai encontrar, a seguir, um conjunto de afirmações acerca da maneira como as pessoas pensam acerca da saúde. À frente de cada afirmação encontra 7 letras (de A a G). Se assinalar a A significa que discorda totalmente da afirmação e que você nunca a faria; se assinalar a letra G significa que concorda totalmente e que corresponde totalmente à sua maneira de pensar. Entre estes dois extremos tem ainda 5 possibilidades (5 letras) de escolha, consoante estiver mais em desacordo ou de acordo com a sua maneira de pensar. Assinale apenas uma das letras. Não há respostas certas ou erradas. Todas as respostas que der são igualmente correctas. Peça-lhe que reflecta bem na resposta que der, de modo que ela expresse a maneira como pensa.

		discordo totalmente	discordo bastante	Discordo um pouco	não concordo nem discordo	concordo um pouco	concordo bastante	concordo totalmente
1	Procurar o médico para fazer check-ups regulares é um factor chave para se manter saudável	A	B	C	D	E	F	G
2	O facto de as pessoas se sentirem bem ou não, depende, muita vezes, do acaso	A	B	C	D	E	F	G
3	As pessoas que nunca adoecem é porque têm muita sorte	A	B	C	D	E	F	G
4	Em saúde não se pode invocar quase nunca "má sorte"	A	B	C	D	E	F	G
5	Para se recuperar de uma doença são necessários, essencialmente, bons cuidados médicos	A	B	C	D	E	F	G
6	Recuperar de uma doença não tem nada a ver com a sorte	A	B	C	D	E	F	G
7	Ter ou não boa saúde é, apenas, uma questão de sorte	A	B	C	D	E	F	G
8	Se uma pessoa tiver cuidado com o que faz consegue evitar muitas doenças	A	B	C	D	E	F	G
9	Manter contacto regular com o médico é a única maneira de evitar ficar doente	A	B	C	D	E	F	G
10	No que diz respeito à saúde, as pessoas têm, apenas, de seguir as instruções do seu médico	A	B	C	D	E	F	G
11	Quando alguém recupera de uma doença é, normalmente, porque algumas pessoas (por ex. o médico ou enfermeira, família, amigos) tomaram bem conta dela	A	B	C	D	E	F	G
12	Muitas das coisas que afectam a saúde das pessoas são fruto do acaso	A	B	C	D	E	F	G
13	A sorte desempenha um papel importante na quantidade de tempo que uma pessoa leva a recuperar de uma doença	A	B	C	D	E	F	G
14	Consultarem regularmente um bom médico é a única coisa que se pode fazer para não ter problemas de saúde	A	B	C	D	E	F	G

INSTRUÇÕES

O questionário que a seguir é apresentado é constituído por vários grupos de afirmações. Em relação a cada grupo escolha uma só afirmação. Assinale com uma cruz (x) no quadrado respectivo ☐ aquela que descreve melhor a forma como se sente no momento actual.

-
- | | |
|---|--------------------------|
| A. - Não me sinto triste | <input type="checkbox"/> |
| - Ando "neura" ou triste | <input type="checkbox"/> |
| - Sinto-me "neura" ou triste todo o tempo e não consigo evitá-lo | <input type="checkbox"/> |
| - Estou tão triste ou infeliz que esse estado se torna penoso para mim | <input type="checkbox"/> |
| - Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais este estado | <input type="checkbox"/> |
| B. - Não estou demasiado pessimista nem me sinto desencorajado em relação ao futuro | <input type="checkbox"/> |
| - Sinto-me com medo do futuro | <input type="checkbox"/> |
| - Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro | <input type="checkbox"/> |
| - Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas | <input type="checkbox"/> |
| - Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar | <input type="checkbox"/> |
| C. - Não tenho a sensação de ter fracassado | <input type="checkbox"/> |
| - Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas | <input type="checkbox"/> |
| - Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado | <input type="checkbox"/> |
| - Quando analiso a minha vida passada tudo o que noto é uma imensidade de fracassos | <input type="checkbox"/> |
| - Sinto-me completamente fracassado como pessoa (pai, mãe, marido, mulher) | <input type="checkbox"/> |
| D.- Não me sinto descontente com nada em especial | <input type="checkbox"/> |
| - Sinto-me aborrecido a maior parte do tempo | <input type="checkbox"/> |
| - Não obtenho satisfação com as coisas que me alegravam antigamente | <input type="checkbox"/> |
| - Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for | <input type="checkbox"/> |
| - Sinto-me descontente com tudo | <input type="checkbox"/> |
| E. - Não me sinto culpado de nada em particular | <input type="checkbox"/> |
| - Sinto, grande parte do tempo, que sou mau ou que não tenho qualquer valor | <input type="checkbox"/> |
| - Sinto-me bastante culpado | <input type="checkbox"/> |
| - Agora, sinto permanentemente que sou mau e não valho absolutamente nada | <input type="checkbox"/> |
| - Considero que sou muito mau e não valho absolutamente nada. | <input type="checkbox"/> |

- F.** - Não sinto que esteja a ser vítima de algum castigo ☐
- Tenho o pressentimento de que me pode acontecer alguma coisa de mal ☐
- Sinto que estou a ser castigado ou que em breve serei castigado ☐
- Sinto que mereço ser castigado ☐
- Quero ser castigado ☐
- G.** - Não me sinto descontente comigo mesmo ☐
- Estou desiludido comigo mesmo ☐
- Não gosto de mim ☐
- Estou bastante desgostoso comigo ☐
- Odeio-me ☐
- H.** - Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa ☐
- Critico-me a mim mesmo pelas minhas fraquezas ou erros ☐
- Culpo-me das minhas próprias faltas ☐
- Acuso-me por tudo de mal que acontece ☐
- I.** - Não tenho quaisquer ideias de fazer mal a mim mesmo ☐
- Tenho ideias de pôr termo à vida, mas não sou capaz de as concretizar ☐
- Sinto que seria melhor morrer ☐
- Creio que seria melhor para a minha família se eu morresse ☐
- Tenho planos concretos sobre a forma como hei-de pôr termo à vida ☐
- Matar-me-ia se tivesse oportunidade ☐
- J.** - Actualmente não choro mais do que de costume ☐
- Choro agora mais do que costumava ☐
- Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de fazê-lo ☐
- Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, mesmo quando tenho vontade ☐
- K.** - Não ando agora mais irritado do que de costume ☐
- Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava ☐
- Sinto-me permanentemente irritado ☐
- Já não consigo ficar irritado por coisas que me irritavam anteriormente ☐
- L.** - Não perdi o interesse que tinha pelas outras pessoas ☐
- Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter ☐
- Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas ☐
- Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente com nada a seu respeito ☐

- M.** - Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente ☐
- Actualmente sinto-me menos seguro de mim mesmo e procuro evitar tomar decisões ☐
 - Não sou capaz de tomar decisões sem a ajuda das outras pessoas ☐
 - Sinto-me completamente incapaz de tomar decisões ☐
- N.** - Não acho que tenha pior aspecto do que de costume ☐
- Sinto-me aborrecido porque estou a parecer mais velho ou pouco atraente ☐
 - Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornaram pouco atraente ☐
 - Sinto que sou feio ou que tenho um aspecto repulsivo ☐
- O.** - Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente ☐
- Actualmente preciso de um esforço maior do que dantes para começar a trabalhar ☐
 - Não consigo trabalhar tão bem como costumava ☐
 - Tenho de despende um grande esforço para fazer seja o que for ☐
 - Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja ☐
- P.** - Consigo dormir tão bem como dantes ☐
- Acordo mais cansado de manhã do que era habitual ☐
 - Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que o costume e custa-me voltar a adormecer ☐
 - Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que 5 horas ☐
- Q.** - Não me sinto mais cansado do que é habitual ☐
- Fico cansado com mais facilidade do que antigamente ☐
 - Fico cansado quando faço seja o que for ☐
 - Sinto-me tão cansado que sou incapaz de fazer o que quer que seja ☐
- R.** - O meu apetite é o mesmo de sempre ☐
- O meu apetite não é tão bom como costumava ser ☐
 - Actualmente o meu apetite está muito pior do que anteriormente ☐
 - Perdi completamente todo o apetite que tinha ☐
- S.** - Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum ultimamente ☐
- Perdi mais de 2,5 quilos de peso ☐
 - Perdi mais de 5 quilos de peso ☐
 - Perdi mais de 7,5 quilos de peso ☐
- T.** - A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual ☐
- Sinto-me preocupado, com dores e sofrimentos, ou má disposição do estômago ou prisão de ventre ou ainda outras sensações físicas desagradáveis no meu corpo ☐
 - Estou tão preocupado com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se me torna difícil pensar noutra coisa ☐

- | | |
|--|--------------------------|
| - Encontro-me totalmente preocupado pela maneira como me sinto | <input type="checkbox"/> |
| U. - Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual | <input type="checkbox"/> |
| - Encontro-me menos interessado pela vida sexual do que costumava estar | <input type="checkbox"/> |
| - Actualmente sinto-me menos interessado pela vida sexual | <input type="checkbox"/> |
| - Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual | <input type="checkbox"/> |

Questionário Sócio Demográfico

1. Género: Masculino ☐ Feminino ☐
2. Idade: _____
3. Estado civil:
 - Solteiro(a) ☐
 - Comprometido(a) ☐
 - Separado(a) ☐
 - Divorciado(a) ☐
 - Viúvo(a) ☐
4. Profissão: _____
5. Encontra-se actualmente empregado? Sim ☐ Não ☐

5.1 Caso tenha respondido NÃO à questão anterior, há quanto tempo se encontra desempregado? _____
6. Considera o seu rendimento económico suficiente para cobrir as despesas?
Sim ☐ Não ☐
7. Que idade tinha quando consumiu a sua primeira bebida alcoólica?

8. Há quanto tempo lhe parece que beba em excesso? _____
9. Número de internamentos anteriores: _____

9.1 No caso de ter indicado internamentos anteriores, por favor indique cada Instituição que frequentou e o ano respectivo.

10. Frequentou a alguma altura, em regime de ambulatório, um programa de desintoxicação alcoólica? Sim ☐ Não ☐

11. Consumo anterior ao corrente internamento (Tipo de bebida/Quantidade):

12. Onde bebe? Em casa ☐ Em lugares públicos ☐ Ambos ☐

13. Quando bebe, fá-lo usualmente: Sozinho ☐ Acompanhado ☐

14. De quem partiu a ideia de um internamento?

- Conjunta (do próprio e de outros) ☐
- Do próprio ☐
- De outros ☐ (em caso positivo, quem?)
 - Familiares ☐
 - Amigos ☐
 - Outros (Ex: médicos, vizinhos, etc) ☐

15. Motivação para a desintoxicação:

16. Consumiu em alguma altura da sua vida outra substância adictiva?

- Sim ☐ Qual?: _____
- Não ☐

17. Parece-lhe que o seu consumo excessivo esteja associado a algum acontecimento ou fase da sua vida menos positiva?

○ Sim ☐

○ Não ☐

17.1. Caso tenha respondido SIM à questão anterior, qual?

Anexo B

Requisições

- Modelo da carta de pedido de autorização para recolha de dados.
- Requisição para utilização dos instrumentos psicométricos.
 - Instrumento LdCS (Pais Ribeiro, 1994).
 - Instrumento IDB (Vaz Serra & Pio Abreu, 1973).



Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Rua Jardim do Tabaco,
34
1149-041 Lisboa
Tel.: 218 811 700 (Ext.:
331)
Fax: 218 860 954
e-mail: info@ispa.pt

Ao Exmo(a) Director(a)
da Instituição XXX
Doutor(a) XXX

Lisboa, 02 de Fevereiro de 2009

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados

Exmo Sr(a). Doutor(a),

O meu nome é Hugo Garcez, sou aluno finalista do mestrado integrado em psicologia clínica no Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA) a frequentar o seminário de tese sob orientação da Prof. Doutora Sandra Oliveira.

O tema da minha tese, que motiva este contacto, remete para o estudo do locus de controlo e depressão junto de uma amostra de sujeitos com adicção alcoólica. Pretende compreender se os sujeitos se entendem como responsáveis pelo seu percurso (locus interno) ou se atribuem a outros (locus externo) uma influência determinante e a predictibilidade que a depressão terá nessa decisão.

Tendo conhecimento da instituição onde desempenha funções pelas suas características únicas e qualidade de intervenção grandemente reconhecida, venho por este meio solicitar a V. Exa a possibilidade de aí realizar a recolha de dados. Solicito que V. Exa se digne autorizar-me a convidar os utentes internados na XXX

para participar no meu estudo. Todos os dados serão mantidos sobre estrita confidencialidade e anonimato.

Em anexo envio uma cópia do projecto da minha tese para seu esclarecimento e coloco-me desde já à sua disposição para esclarecer quaisquer dúvidas.

Desde já agradecido pela sua atenção

Melhores cumprimentos

Hugo Garcez

Prof. Doutora Sandra Santos de Oliveira
Prof. Auxiliar do Instituto Superior de
Psicologia Aplicada

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO LDCS

Enviado

From: Hugo Garcez

To: jlpr@fpce.up.pt

Sent: Thursday, January 22, 2009 9:27 PM

Subject: Pedido de escala e cotação

Boa noite Exmo Prof. Doutor Pais Ribeiro,

O meu nome é Hugo Garcez e sou finalista do mestrado integrado em psicologia clínica no ISPA a frequentar o seminário de tese da Prof. Doutora Sandra Oliveira. Venho pedir-lhe o grande favor de me fazer disponível o instrumento e a cotação da sua escala de locus de controlo de saúde (1994) descrita no livro de sua publicação "Avaliação em psicologia da saúde". O propósito deste pedido vem precisamente da necessidade de o aplicar para o meu estudo de dissertação, no qual pretendo aplicar a sua escala a grupos de alcoólicos para averiguar os seus scores. Desde já muito agradecido pela atenção

Melhores cumprimentos

Hugo Garcez

Recebido

2009/1/23 José Luis Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>

- Show quoted text -

Autorizo a utilização do questionário pedida abaixo.

Se introduzir o meu nome no google (pais ribeiro) aparecem duas páginas, uma da faculdade mais antiga e outra da google mais recente. A mais antiga tem uma secção designada testes. Nessa tem o artigo que foi publicado, a escala e o modo de cotar

José Luis Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile/cell phone (351) 965045590

<http://paisribeiro.googlepages.com/home>

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO IDB

Enviado

From: Hugo Garcez

To: adrianovs@netvisao.pt

Sent: Monday, January 26, 2009 9:53 PM

Subject: Pedido de autorização

Boa noite Exmo Prof. Doutor Vaz Serra,

O meu nome é Hugo Garcez, sou estudante finalista do mestrado integrado em psicologia clínica no ISPA, onde frequento o seminário de tese da Prof. Doutora Sandra Oliveira.

Gostaria, respeitosamente, de lhe pedir autorização para utilizar o Inventário de Depressão de Beck que aferiu para a população portuguesa (1973) em conjunto com o Prof. Doutor Pio Abreu para utilização numa amostra de doentes alcoólicos. Muito obrigado pela sua atenção

Melhores cumprimentos

Hugo Garcez

Recebido

From: Prof. Dr. Adriano Vaz-Serra

To: garcez5@gmail.com

Sent: Tuesday, January 27, 2009 10:03 AM

Subject: IDB

Prezado Hugo,

Temos todo o prazer em que utilize o IDB. Envio-lhe em anexo três ficheiros que lhe vão ser úteis com este objectivo.

Desejando os melhores êxitos para o seu trabalho, com as melhores saudações,

Adriano Vaz Serra

3 attachments — [Download all attachments](#) (zipped for Portuguese)

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO IDB

Enviado

From: Hugo Garcez

To: pioabreu@huc.min-saude.pt

Sent: Monday, January 26, 2009 9:55 PM

Subject: Pedido de autorização

Boa noite Exmo Prof. Doutor Pio Abreu,

O meu nome é Hugo Garcez, sou estudante finalista do mestrado integrado em psicologia clínica no ISPA, onde frequento o seminário de tese da Prof. Doutora Sandra Oliveira.

Gostaria, respeitosamente, de lhe pedir autorização para utilizar o Inventário de Depressão de Beck que aferiu para a população portuguesa (1973) em conjunto com o Prof. Doutor Vaz Serra para utilização numa amostra de doentes alcoólicos.

Muito obrigado pela sua atenção

Melhores cumprimentos

Hugo Garcez

Recebido

From: Pio Abreu

To: garcez5@gmail.com

Sent: Thursday, January 29, 2009 2:05 PM

Subject: Re: Pedido de autorização

Pode usar, mas o primeiro autor é o Prof Vaz Serra. Pode contactar com ele através de.

psiqrdir@huc.min-saude.pt

José Luís Pio Abreu, M.D., Ph.D.

<http://www.medicoscentro.com/PioAbreu.htm>

Enviado

From: Hugo Garcez

To: pioabreu@huc.min-saude.pt

Sent: Thursday, January 29, 2009 2:10 PM

Subject: Pedido de autorização

Bom Dia,

Muito obrigado pelo seu consentimento.

Quanto ao contacto com o Prof. Doutor Vaz Serra, este já foi efectuado. Uma vez que ambos são os autores, enviei pedidos de autorização a cada um.

Novamente, muito obrigado pela sua atenção.

Melhores cumprimentos

Hugo Garcez

Anexo C

Revisão de Literatura

- Locus de Controlo.
- Locus de Controlo de Saúde.
- O Alcoolismo e a Psicologia do Alcoólico.
- Referências da Revisão de Literatura.

REVISÃO DE LITERATURA

Locus de Controlo

Erikson (1964) postulou a necessidade de um sentimento de domínio, ou controlo, sobre a temática de cada uma das fases do seu modelo de desenvolvimento psicossocial, tendo em vista a evolução humana na direcção do desejado bem-estar pessoal.

Embora a primeira pesquisa empírica sobre os componentes do Locus de Controlo (LdC) tenha sido conduzida por Phares (1957), foi Rotter (1954, 1966), um antigo aluno de Adler, quem mais viria a desenvolver o conceito – mais notoriamente com um instrumento –, incluso à sua teoria da personalidade assente na aprendizagem social. Nesta é salientada a importância do reforço (positivo ou negativo) que acompanha, desde o berço, as acções do sujeito e as de outros observados (vêde Bandura, 1977), na manutenção ou extinção de comportamentos.

Rotter, apesar da sua formação psicanalítica, não parece considerar a influência dos conflitos internos no desenvolvimento e manutenção de crenças de LdC. O ênfase da sua pesquisa reflecte-se sobre a corrente comportamentalista que, com o acumular do conhecimento proveniente da investigação que se seguiu ao surge de interesse da década de 1970, se veio a definir como cognitivo-comportamental.

Segundo Rotter (1966), quando o reforço é percebido como contingente à acção do próprio, o indivíduo alicerça um sentimento de controlo. Mas se, pelo contrário, não houver um reforço claro, a expectativa inclina-se para o afastamento da atribuição de influência própria no resultado e a crença passa a ser de inconsequência.

Apesar da influência das experiências sociais, Rotter considerou relativamente estável a posição da expectativa de controlo. Seriam, concede, passíveis de cambiar caso fossem objecto de um treino de reforços, apontado à estimulação da autonomia característica de um alinhamento mais interno. O autor temia a falácia da conceptualização de um LdC interno “bom” e um externo “mau” ou desajustado, relativizando os benefícios e limitações de cada, afastando-os como sinónimos. Até porque o argumento em contrário seria igualmente plausível em situações variadas (Strickland, 1978, cit. por Pais Ribeiro, 1994).

Da mesma forma, Rotter deixou o reparo sobre a indesejabilidade de scores muito altos em qualquer extremo de expectativas, considerando que estes seriam o reflexo

de experiências de controlo estanques, quando se esperaria que fossem variadas. Krampen (1985, cit. por Anderson, Hattie & Hamilton, 2005) associaria mesmo as classificações elevadas, em qualquer dos extremos, uma perda patológica do sentido de realidade que observaríamos em personalidades deprimidas ou, noutro longínquo, narcísicas.

Atendendo precisamente à variabilidade adivinhada de acontecimentos de vida, Rotter (1954) comentou à divisão constituinte da dimensão externa em duas sub-dimensões: “Outros Poderosos” e “Acaso”. Não lhes sendo na altura, infelizmente, concedido um âmbito distinto.

Caberia a Levenson (1973) separar o corpo externo siamês em “Outros Poderosos”, que reflectiria a crença de que o controlo é possível e antecipado, ainda que não lhes pertença, e “Acaso”, que se apresenta com características opostas de impossibilidade de controlo e imprevisibilidade existencial.

Desde então, tanto a escala de Rotter (1966) como a de Levenson (1974), foram aferidas em números generosos (totalizando 18 até 1992, Lefcourt), para diferentes nações (e.g., Dağ, 2002; Horige, 1991), grupos etários (e.g., Nowicki & Strickland, 1973), domínios psicológicos (e.g., Wallston, Wallston & DeVellis, 1978) e ocupações (e.g., Spector, 1988). De forma pertinente, tendo-se apurado que os instrumentos específicos são mais fiéis e válidos que o geral (Idem), impondo-se sempre que possível (Blau, 1993).

Labelle e Lachance (2003) citam o conceito de auto-eficácia de Bandura (1977) como próximo ao de LdC. No primeiro será dada uma maior importância à concretização, enquanto o último trata ainda da expectativa envolta na experiência (Strauser e Ketz, 2002, cit. por Breeding, 2008). A associação prova-se na correlação entre altos níveis de “internalidade” e auto-eficácia, reconhecendo-se que em conjunto são bons preditores de conduta (Idem).

Uma teoria associada ao LdC, é a do estilo atribucional desenvolvida por Abramson, Seligman e Teasdale (1978) e posteriormente Peterson e Seligman (1984), baseada no trabalho de Heider (1958). Esta desafia a unidimensionalidade proposta por Rotter (1954) e considera que, remetendo-se a expectativas, não vai longe o suficiente. Formula então o argumento que, para além da crença prévia de controlo, o indivíduo procurará, de forma activa, atribuir a um qualquer resultado causas estáveis ou variáveis, globais ou específicas.

A falta de controlo parece, por exemplo, precipitar aquilo a que Cannon (1929) considerou perda da homeostase, ou seja, a perturbação do sistema fisiológico face a um risco real ou imaginário, conceptualizado como um agente de stress (Selye, 1978) com expressão dual.

Entre as várias estratégias de coping destinadas a minorar o seu dano, encontramos uma que visa preservar o sentido de domínio sobre uma situação que na realidade escapa à influência do indivíduo sobre o mundo, entenda-se, ao controlo primário. Assim, o constructo do controlo secundário (Rothbaum, Weisz & Snyder, 1982; Morling & Evered, 2006), explica como, na expectativa de não ser capaz de controlar o meio, o sujeito poder alterar as suas opiniões e percepções sobre este de forma a reconstruí-lo para si. Skinner (2007) viria a enquadrar este processo na necessidade de acomodação aos imperativos da autonomia e salvaguarda das suas reacções emocionais. Em psicanálise, este movimento poderia ser considerado um mecanismo de defesa, como a negação, anulação ou isolamento afectivo.

Sintetizando, o controlo primário, âmbito no qual decorre este estudo, pretende descrever as tentativas do indivíduo de mudar o meio à sua volta e o controlo secundário adaptará o mundo interno ao externo numa função auxiliar ao primário (Heckhausen & Schulz, 1995).

Os prolíficos estudos associando ou correlacionando o LdC às mais distintas variáveis têm contribuído para um traçar dos seus passos e manifestações ao longo do ciclo de vida humano.

As raízes encontram-se no seio familiar (Moneta, Schneider & Csikszentmihalyi, 2001). À parte de acontecimentos que provoquem a súbita e duradoura sensação de perda de controlo – como é o caso do distúrbio de stress pós-traumático – ou de determinantes físicos (De Brabander, Boone & Gertis, 1992), que poderão evidentemente condicionar as suas experiências, encontramos o primeiro cosmos social, aquele para o qual o indivíduo nasce.

Famílias onde o LdC interno é estimulado, promovem a auto-estima utilizando um estilo parental mais assertivo (Deutsch, Servis & Payne, 2001) e interessado (Flouri, 2006), que poderá predizer o sucesso académico (Silva, Dorso & Azhar, 2008), responsabilidade pessoal e disponibilidade para correr riscos (Vermeersch, T'Sjoen, Kaufman & Vincke, 2008). Promovendo a autonomia que potenciam as práticas parentais positivas (e.g., organização do tempo da criança, diálogo e estabelecimento

de expectativas), concorda-se que representem um papel fundamental no desenvolvimento cognitivo (Suizzo & Soon, 2006).

A formação de um LdC mais externo encontrar-se-á, por sua vez, ligado a famílias que não foram nem capazes de conter a criança, nem criar um sistema de limites com a atribuição de castigos e recompensas previsíveis. Têm usualmente limitados recursos económicos ou formação académica, e pouca confiança na capacidade de mudar esta situação (Vermeersch et al, 2008). Este desalento levanta a possibilidade de serem, também eles, descendentes de uma constelação familiar deficitária

A depressão em crianças encontra-se anexa a condutas anti-sociais, particularmente em rapazes, à imagem das que se observam em grupos de alcoólicos (Kasen, Cohen, Skodol, Johnson, Smailes & Brook, 2001).

Reforçado pela qualidade da relação com as suas figuras de referência, o indivíduo conjuga a sua descoberta do mundo com o desenvolvimento de mecanismos de defesa que lhe permitam navegar de forma mais ou menos satisfatória pelas provas. O mundo recém-descoberto é de todo desconhecido para a criança, possuindo de forma inata somente o potencial para adquirir informação, dependendo dessas figuras para o decodificar das suas experiências e da própria reacção perante estas (Winnicott, 1953).

A frustração resultante da não contenção de angústias, traduz-se no dirigir da agressividade contra as figuras que não o sustentam emocionalmente (i.e., objectos depressígenos; Coimbra de Matos, 2001). Mas sem estas, o referencial perde-se e a criança, absolutamente dependente, lhe seguiria. A ameaça do vazio que então decorre da fantasia de destruição obriga à introjecção do mau objecto (Fairbairn, 1944), assumindo-se sem valor que justifique o amor do outro, e prostrando-se submissamente ao seu abuso e onnipresença. Desta forma pretende conter a angústia de aniquilação, “prendendo” a si o único aliado.

Este movimento virá a motivar duelos neuróticos esgotantes nos quais figurarão aproximações, onde é marcada a cedência à instância super-egóica castradora, e tentativas de abandono do mau objecto, adoptando comportamentos auto-mutilatórios e de risco, como são exemplo as intoxicações compulsivas, de carácter para-suicidário, reactivas àquilo a que Coimbra de Matos (2001, p. 144) chamou a “impossibilidade da revolta”. Fenichel (1945/1979, cit. por Deus, 2002) referia a necessidade destes indivíduos de dissolver o super-ego em álcool, libertando as suas inibições, permitindo assim afrouxar as rédeas da pulsão.

A dependência que caracteriza algumas figuras parentais pode inspirar nos descendentes uma falha nas ambições para o sucesso e auto-determinação. Na presença de modelos identitários menos suficientes, poderão dar-se dois movimentos: um de identificação, do qual poderemos observar filhos resignados e deprimidos, futuramente tornados adultos “externos” e outro, de contra-identificação, pelo qual o indivíduo clivará a sua conduta, adoptando o preciso contrário da figura de referência. Note-se no entanto, que não é um facto que sujeitos “internos” tenham necessariamente origem em lares adequados. A sua autonomia pode resultar de uma reacção maníaca compensatória a um estilo parental não contentor.

A suficiente disponibilidade de recursos familiares possibilita à criança um meio menos ameaçador e desde logo menos passível de criar ou alimentar angústias que colocam em risco a saúde mental. Um receio ao qual não seja dado um sentido, ou se quisermos, uma âncora de significado, paira insistentemente sobre a psique de um indivíduo, revelando-se inesperadamente e sob diversas formas, perturbando-o. Podemos compreender como, uma criança que receie o seu meio não partirá à sua exploração, aguardando a sua aproximação com desconfiança, em posição oral-receptiva (Abraham, 1925). Sendo assim, não existe controlo.

Já na idade adolescente associa-se a “externalidade” ao risco de criminalidade (Tubbs, 1994), agressividade (Deming & Lochman, 2008), comportamento social mal adaptado (Fisher, Beech & Browne, 1998) e mesmo a um maior índice de suicídio (Evans, Owens & Marsh, 2005). Estes problemas de conduta disciplinar reflectem a luta para retomar o controlo ou legitimar identidades contingentes, a que poderemos chamar falsos Eu.

Indivíduos com um LdC orientado para a responsabilidade pessoal, por seu turno, têm maior facilidade de auto-motivar-se para a aprendizagem (Colquitt, LePine & Noe, 2000), processam melhor a informação (Gadzella, Ginther, Masten & Guthrie, 1997), e retêm-na por períodos mais extensos comparativamente a externos (Dollinger, 2000), utilizando-a de forma mais eficaz na altura de tomar decisões (Lee, 2008). Torna-se claro, assim sendo, que como Jain e Sachin (2008) argumentaram, as capacidades cognitivas poderão ser preditas pelo LdC.

A integração numa carreira profissional (Chiu, Lin, Tsai & Hsiao, 2005) e a gestão dos vários papéis (i.e., conciliar o trabalho com a vida social; Danes, 1998, cit. por Hoffman, Novak & Schlosser, 2003) parecem também ser influenciados pelo estilo do LdC adoptado. De facto, os stressores habituais num local de trabalho parecem

prejudicar menos aqueles que têm uma expectativa interna de controlo (Lu, Kao, Cooper & Spector, 2000). Poderemos com isto atribuir ao controlo um papel determinante na avaliação de um agente de stress e, conseqüentemente, na eleição da estratégia de coping a empregar.

Lefcourt (2000, cit. por Archer et al., 2008) reparou que os sujeitos com LdC externo, face a um obstáculo, têm uma maior tendência para se frustrar, desistir e tornarem-se apáticos. Indicando que as estratégias de coping utilizadas poderiam não ser as mais eficazes. Em cenários competitivos, a submissão a figuras percebidas como hierarquicamente superiores mostra-se um caminho demasiado frequente, votando-se o externo à perpetuação de um status relacional recluso (Twenge, Zhang & Im, 2004). Na falta de um sentimento de consequência pessoal, dá por si sem confiança e sem ambição. Não serão então inesperados os sintomas depressivos, comportamentos de risco para-suicidários (nível mais inconsciente) ou ideações suicidas mais ou menos elaboradas (nível mais consciente).

Esta aparente perpetuação da condição dos externos, remanescente do efeito de Pigmeleão, é explicada pelos constantes ataques ao sentimento de autonomia e confiança para a mudança. Quer se assistam da castração super-egóica ou da rejeição de outros no seguimento da falta de confiança que transmite (Cvetanovski & Jex, 1994), o ciclo de auto-sabotagem acelera.

A exposição repetida a situações julgadas incontroláveis tende a esgotar os recursos cognitivos de um sujeito que será, assim, incapaz de processar adequadamente as informações que percebe e eventualmente preferirá abstrair-se de pensar (Sedek, Kofta & Tyszka, 1993). Esta atitude propicia a tomada de acções por impulso. Deixa de lado a razão e é dominado pela emoção no que os psicanalistas chamam uma “fuga para a frente” ou actuação.

Pelo contrário, adoptando estratégias mais reflexivas, o indivíduo de orientação interna não é tão propenso a desanimar, recolhendo frequentemente informações dos seus fracassos. Graças a uma maior auto-confiança, são mais capazes de aceitar as suas limitações (Ryff, 1989, cit. por Hoffman et al., 2003) e procurar activamente formas de resolver situações que pareceriam à partida fora do seu controlo (Bandura, 1990). Esta capacidade de resiliência é de particular utilidade em caso de enfermidade, como veremos adiante.

Menos motivados e mais passivos comparativamente a “internos” (Matud, Bethancourt, Ibáñez, López, Rodríguez & Grande, 2006), o sujeito expectante é

frequentemente atormentado por pensamentos de procrastinação (Janssen & Carlton, 1999; Levenson, 1981). A falta de iniciativa pessoal para a abertura de canais de comunicação condena estes indivíduos ao sentimento de ineficácia social e isolamento, desbocando em comportamentos extremamente apelativos, como já tivemos oportunidade de enunciar. Parece trágico observar estudos onde se conclui que sujeitos com expectativas externas de controlo não se empenham de todo na procura de estratégias de comunicação, adicionalmente encarando-a com ansiedade (e.g., Hoffman et al., 2003) e saber que, ao mesmo tempo, são estes quem mais necessidades de afiliação sentem.

Locus de Controlo de Saúde

Algumas das mais frequentes aplicações do constructo do LdC ocorrem em psicologia da saúde. Esta define-se como uma disciplina que “Estuda o papel da psicologia como ciência e como profissão nos domínios da saúde, da doença e da própria prestação dos cuidados de saúde, focando-se nas experiências, comportamentos e interacções relacionadas com a saúde, a doença e os cuidados de saúde.” (Teixeira, 2007, p. 17). Os projectos neste âmbito pretendem aprofundar o estudo das vivências e problemáticas do indivíduo quando afligido por um problema de saúde para o qual pode, ou não, ter sido influente.

Para este efeito, foram desenvolvidas escalas específicas para mensurar a aplicação do LdC à saúde. Devem-se a Wallston, Wallston e DeVellis (1978; versão A e B) e posteriormente Wallston, Stein e Smith (1994; versão C) os instrumentos mais aplicados no âmbito geral das atitudes perante a saúde, a doença e os seus intervenientes. Conhecem-se ainda outros aplicados a clínicas distintas (e.g. no cancro; Watson et al., 1990).

Conversamente, um sujeito com o LdC de saúde (LdCS) interno acreditará que a sua saúde será contingente aos comportamentos de manutenção, prevenção e promoção que adopta. Não será surpresa verificar que gozam usualmente de melhor qualidade de vida e estejam mais optimistas quanto a uma recuperação quando ficam doentes, comparativamente a indivíduos com LdCS externo (Lin & Tsay, 2005). No entanto, o lado perverso da autonomia, comum em personalidades narcísicas, revela-se quando os sujeitos recusam tratamento ou internamento por se considerarem capazes de lidar com qualquer problema de saúde sem auxílio.

Encontraram-se indícios de que a crença em “Outros Poderosos” funcione como facilitador da adesão a tratamentos (Hong, Oddone, Dudley & Bosworth, 2006). Estes sujeitos tenderão a incluir nesta dimensão o pessoal médico e (nunca) demais técnicos de saúde, encarregados pelo sujeito de zelar pelo seu bem-estar físico, desleixando informar-se ou adoptar atitudes autónomas tendo em vista a promoção do seu bem-estar.

Uma vez que têm maiores dificuldades na regulação de expectativas relativas a um evento, entram facilmente em pânico hipocondríaco, observando-se uma maior afluência aos serviços hospitalares por parte destes sujeitos (Adams, Smith & Ruffin, 2000). A fuga à responsabilidade sobre resultados da sua saúde encontra subjacente uma projecção que visa afastar de si o efeito corrosivo da culpabilização na eventualidade de um erro de julgamento.

O LdCS entregue ao “Acaso” mostra uma não-atribuição efectiva de papéis activos, quer ao próprio, quer a outros, repousando somente no destino ou sorte para conservar a homeostase física, sendo pouco provável que procure serviços de saúde. Encontramos nestes casos a perspectiva de um prognóstico menos favorável de entre as três dimensões de LdCS, visto que coloca a expectativa na parte mágica da mente, onde residem fantasias de um milagre ou o acordar de um pesadelo. A demissão da crença no controlo possível coloca enormes obstáculos à intervenção ou adesão terapêutica, reflectindo o abandono do Eu naufragante.

Goldstein, Atkins e Leigh (2003) relataram a convergência à crença no controlo de “Outros Poderosos” à medida que os sintomas de uma dada doença agravavam ou prolongavam. Folkman (1984) chegara, anos antes, a hipotizar a existência de uma ordem natural, pela qual a “externalidade” surgiria no seguimento da falência da saúde física (Seeman & Lewis, 1995) culminando na fraqueza da saúde mental. Ou seja, que o abandono de expectativas de controlo pessoais seria fruto do decréscimo de discernimento que acompanharia a debilitação.

A constatação da influência deste constructo no prognóstico médico, provocou a proliferação de estudos relacionando o LdCS com doenças crónicas (e.g., Trento, Tomelini, Basile, Borgo, Passera, Miselli et al., 2008; Hobbis, Turpin & Read, 2003).

Existe, no entanto, alguma ambiguidade na altura de associar os resultados do LdCS à sua influência no ajustamento à doença crónica. De facto, enquanto alguns (e.g., Burns, Maniss, Young & Gaubatz, 2005) reportam que a “externalidade” será um bom preditor de adaptação positiva, outros dirão que esse papel pertence à

“internalidade” (e.g., Wallston et al., 1994). Apesar de não ser correntemente aceite pela comunidade científica da especialidade, Wong e Sproule (1984, cit. por Wu, Tang & Kwok, 2004) desenvolveram o conceito de controlo de saúde dual que recomenda um equilíbrio harmonioso entre ambas as crenças.

Ao relativo isolamento a que se vota o sujeito com pouca expectativa de influência, acrescerá ainda a relativa ostracização social do doente crónico. Lefcourt, Martin e Saleh (1984) verificaram que sujeitos “internos” utilizam de melhor forma o apoio social comparativamente aos “externos”. Mais se constata que a falta de apoio social percebido encontra-se associado a sintomas depressivos (Gençöz & Astan, 2006) e ao LdC externo em pacientes crónicos, debilitando-os (Cummins, 1988). Tende assim a fechar o indivíduo sobre si, numa manifestação em muito semelhante à retirada encontrada em estados deprimidos. É notória, na literatura da especialidade, a maior incidência de depressão e “externalidade” em doentes crónicos (Kiviruusu, Huurre & Aro, 2007).

O Alcoolismo e a Psicologia do Alcoólico

Um exemplo de doença crónica será o alcoolismo (Huss, 1849, cit. por White, s/d), ou, utilizando um termo cronologicamente anterior, a dipsomania. Compreende-se um consumo responsável desta substância, portanto torna-se necessário clarificar o que é entendido por consumo excessivo. Como toda a psicopatologia, será a perturbação da capacidade de se relacionar com outros, consigo e com o mundo, que marca a transição para o alcoolismo. De facto, quando o etanol se torna a fonte de perturbações físicas e psíquicas indutoras de incapacidades biopsicosociais, encontramos-nos perante uma doença (Pérez de los Cobos & Guardia, 2005). Por razões de facilidade de referência, utilizaremos termos masculinos para descrever os/as consumidores(as) abusivos.

O álcool apresenta-se como um depressor do sistema nervoso central (SNC), como o serão também substâncias como hipnóticos e ansiolíticos, tendo propriedades analgésicas e tranquilizantes (Schuckit, 1998), ainda que no início do consumo a reacção seja de activação do comportamento (Pérez de los Cobos & Guardia, 2005). Schuckit (1998) salienta que, à semelhança de todas as outras drogas de abuso, o etanol potencia a dependência. De facto, ainda que um consumidor excessivo desta substância se mantenha abstinência no seguimento de uma desintoxicação bem

sucedida, nunca deixará de ser doente alcoólico, dada a fragilidade do equilíbrio entre a vontade ou pulsão, e a resistência ou defesa.

A experiência do alcoólico é uma de contrastes. Se o consumo continuado parece demonstrar um narcisismo passivo invulnerável a súplicas daqueles que observam a sua auto-destruição – um comportamento claramente apelativo –, existe subjacente um desdém por todos os outros objectos da sua vida, reduzidos a veículos auxiliares. Desta forma, mesmo que não consideremos a substância como única fonte de bem-estar, sem dúvida a observamos em posição prioritária. Contrariamente também ao que seria o senso comum, descobrimos que o consumo moderado de álcool, em oposição ao seu abuso, é benéfico para a saúde que a abstinência (Kiritzé-Topor & Bénard, 2007)

Apesar do consumo se fazer sempre acompanhar de uma componente de retirada social, no género masculino fala-se em comportamento anti-social, já no feminino fala-se em ansiedade social decorrente do conflito acrescido da imagem da mulher ideal, de temperança e virtude, com a real, de consumo “tipicamente masculino” (vêde Kuntsche, Knibbe & Gmel, 2009).

O alcoólico, na sua ânsia de alívio, negligencia demasiado frequentemente família, amigos sóbrios, emprego, higiene e até a própria alimentação (Carroll, Robinson & Flowers, 2002). É no entanto notória a afinidade entre alcoólicos, em oposição à rede social familiar. Ferenczi (1911/1991, cit. por Deus, 2002) e Fenichel (1945/1979, cit. por Deus, 2002), consideram o consumo alcoólico um libertador da pulsão hetero e homossexual inibida, a última expressa no convívio e contacto com outros consumidores em cenas interpretadas de forma agressiva, em clima de “brincadeira”, mas que, segundo os autores, detêm carga erótica. Não espantaria saber que um factor importante de recaída fosse o retorno do alcoólico ao grupo com o qual bebia, ainda que saiba ser este um acto potencialmente perigoso para a sua recuperação.

A reacção do consumidor excessivo perante a família parece ser de extremos, ora histérica ora agressiva. Histérica porque o amor do alcoólico é pelo etanol. De tal forma que na altura de interagir com a família ou caracterizar o papel que esta ocupa na sua vida, as suas respostas são de exagerada teatralidade e eloquência sabendo-se que no fundo, o sujeito vai deixando de saber como se sente em relação a estes. A projecção da culpa para o álcool adivinha-se facilmente deslocada para a família, que espelha a culpa, o fracasso e a desilusão que sente em si mesmo, tal é o ritmo alucinante de resolução-recaída, manifestando-se por vezes de forma desadaptada.

Profundamente enraizado na sociedade ocidental, o consumo alcoólico faz parte de rituais de passagem (Crawford & Novak, 2006; Gonçalves & Pereira, 2009) e é presença obrigatória em celebrações sociais, inclusive românticas. Um exemplo recente da influência cultural em padrões de consumo, é o já chamado “fenómeno” do Botellón (Gómez-Fraguela, Pérez, Tríñanes & Martín, 2008), durante o qual se reúnem jovens, partilhando o objectivo de se alcoolizarem. Esta iniciativa conheceu uma expansão extraordinária por toda a Espanha, sendo considerado pelos participantes um símbolo de celebração da juventude. De facto, o primeiro contacto com o álcool dá-se na adolescência, aumentando progressivamente (Grunbaum, Kann, Kinchen, Williams, Ross, Lowry et al, 2002) até à idade adulta conforme os sintomas depressivos percebidos (Fergusson & Woodward, 2002).

Note-se que o consumo desmedido não constitui garantia de que todos esses jovens enfrentarão no futuro o alcoolismo. O DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2002) e o ICD-10 (World Health Organization [WHO], 1992) distinguem mesmo entre os consumidores dependentes (códigos 303.90 e F10.2X) e abusadores (código 305.00 e F10.1), sendo que os últimos, não reunindo todos os sintomas para o primeiro diagnóstico, estão em risco de o integrar.

Cloninger (1987, cit. por Deus, 2002) observa o surgir de “novos alcoólicos” – denominados tipo II –, que diferem do consumidor considerado usual – denominado tipo I – por procurarem atingir o estado de intoxicação num curto espaço de tempo, ingerindo bebidas com um alto teor alcoólico, em busca de uma regressão oral mais profunda e sem culpa. Em alcoólicos do tipo I, o frequente seria a integração do álcool de forma progressiva numa actividade de convívio em centros sociais onde o foco de atenção seria os jogos sociais.

O limiar de tolerância depende em grande medida dos gramas de etanol ingeridos, da massa corporal do indivíduo – usualmente expressiva do volume de sangue –, e da habituação à substância, que determina a habituação a níveis tóxicos mais elevados e proporcionalmente letais para o organismo humano. É espantoso observar, pela medição do grau de alcoolémia – calculado em gramas de álcool por litro de sangue –, que um sujeito pode encontrar-se em considerável estado de incapacidade, e ainda assim continuar a consumir. Existe a tendência, como acontece com outras drogas, a um aumento gradual do consumo, à medida que se torna necessária a ingestão de maiores quantidades de etanol para atingir o efeito de “pedrada”.

Depois da experiência de onnipotência narcísica decorrente do Eu ideal promovido pela intoxicação, segue-se o confronto com o ideal do Eu, perante o qual o indivíduo de culpabiliza pela fraqueza e impotência perante o álcool. Mergulha então num estado emocional depressivo que motiva estratégias desadaptativas de escape, como o consumo de mais substância, materializando a espiral descendente (Deus, 2002). À alternância entre estados emocionais clivados, Wallace (1989, cit. por Deus, 2002) atribuiu a origem de uma perturbação de identidade, na qual o sujeito é incapaz de se definir por entre as duas. Este conflito identitário poderá mesmo motivar a regressão a uma fase na qual a identidade não é discutível, intoxicando-se de tal forma que o seu comportamento se assemelha ao de um bebé, sem equilíbrio nem passado.

O consumo excessivo poderá produzir uma reacção tóxica com potencial perdurante, manifesta em perturbações de memória (e.g., Síndrome de Wernicke-Korsakoff), descoordenação psico-motora (e.g., visão dupla), delírios (e.g., delirium tremens, delírio de ciúme), alucinações (e.g., auditivas) e confusão (e.g., abrandamento da capacidade de raciocínio). Na vertente física pode, inclusive, provocar acidentes vasculares cerebrais (AVC), danos ao fígado, síndrome austríaca, perda de massa muscular, redução da densidade óssea, úlceras (síndrome de Mallory-Weiss), gastrite, cancro no tracto digestivo – especialmente quando combinado com o consumo de tabaco –, coma alcoólico e inclusive a morte (Schuckit, 1998; Pérez de los Cobos & Guardia, 2005).

Os efeitos podem fazer-se sentir no indivíduo ainda antes do seu nascimento, através do consumo desmedido de sua mãe. O etanol ingerido acumula na corrente sanguínea do feto, que por não possuir um fígado ainda capaz de metabolizar esta substância, virá a provocar o transtorno dos estágios de desenvolvimento patente em desordens do espectro alcoólico fetal (e.g., síndrome alcoólica fetal). Estas exprimem-se, entre outros, no risco de malformações, nascimento prematuro (Hobbins, 2009), irritabilidade à nascença e futuro desenvolvimento de afectos depressivos ocasionalmente expressos na hiperactividade (O'Connor, 2001; Pérez de los Cobos & Guardia, 2005).

Em casos de intoxicação massiva, torna-se indispensável a deslocação a uma instalação médica para proceder à lavagem gástrica com solução salina, administração de líquidos para fazer face à desidratação e possivelmente hemodiálise (Schuckit, 1998). Será nesta altura crucial a referência a uma unidade de

desintoxicação, pois será muito difícil que o adicto, seguindo um rasto de tentativas frustradas de controlar o seu consumo, acredite, por si mesmo, na inevitabilidade do consumo.

A decisão de tentar uma desintoxicação colocará, de forma calculada, o sujeito em contacto com os seus medos mais primários. Ter a iniciativa é de uma relevância extraordinária e um indicador de prognóstico optimista, ainda que não determinante. Pelo contrário, indivíduos que só aceitam o internamento sob coacção da família ou técnico de saúde, por receio da vida “a sós” (i.e., sem álcool), representam à partida um maior risco de recaída.

Durante a desintoxicação, são comuns alguns comportamentos reflectores da oralidade do sujeito, numa altura em que decorre um processo turbulento de adequação da mente à nova situação. Não é invulgar encontrar estes indivíduos acompanhados de garrafas de água ou superando o habitual gasto de tabaco pré-internamento (Hasin, Liu, Nunes, McCloud, Samet & Endicott, 2002; Hughes, 1993, cit. por Patten, Hurt, Offord, Croghan, Gomes-Dahl, Kottke et al., 2003), cujo agente activo nicotina, estimula o neurotransmissor dopamina (Schuckit, 1998).

Para além da nicotina, encontram-se frequentemente adições concomitantes ao etanol, como canabinóides (e.g., marijuana), opiáceos (e.g., heroína) e estimulantes (e.g., cocaína).

O objectivo último do internamento, para além da desintoxicação, será a proposta terapêutica de incitar à reparação dos laços sócio-afectivos e reforçar as defesas do indivíduo alcoólico para que, quando (e não se) surgir o desejo de consumo saiba perfeitamente o que está em risco. Por outras palavras, consiste em treinar o LdCS para adoptar uma crença mais interna de influência sobre a sua doença crónica, utilizando a informação que lhe foi transmitida para resistir à pulsão. É ainda convidado a desfrutar dos meios sociais/institucionais à sua disposição, como será exemplo os Alcoólicos Anónimos.

A retirada desta substância depressora resultará na síndrome de abstinência manifesta na “Insónia, ansiedade e elevação da temperatura e da frequência respiratória” (Idem, p. 17), que não deve ser confundida com a síndrome cerebral orgânica, que restringe os seus efeitos à cognição. Estes fazem-se sentir com mais persistência na primeira semana, período no qual o organismo, com a ajuda de fármacos, expulsa do seu corpo parte das toxinas que acompanham o abuso da substância. Sabe-se, no entanto, que durante até 6 meses são esperados sintomas

menos agressivos de retirada, no que é conhecida como a síndrome de abstinência tardia (Satel et al., 1993, cit. por Schuckit, 1998). Adicionalmente poder-se-ão ter de proceder a desintoxicações múltiplas, uma vez que é frequente encontrar, para além da adição ao álcool, outras dependências tóxicas concorrentes (Grant, 1995).

É durante este período que se espera que os sintomas depressivos que acompanham frequentemente o consumo (e.g., episódios de choro convulsivo, perturbações de sono, falta de apetite) aumentem consideravelmente e de seguida aliviem ao longo do período de um mês até desaparecer, tornando desnecessário a sua medicação com anti-depressivos (Agosti & Levin, 2006). Caso contrário poder-se-á falar de uma psicopatologia depressiva distinta daquela que se deveria ao consumo de álcool e que é considerada pelo DSM-IV-TR (APA, 2002) sob diagnóstico de Perturbação de Humor Induzida por Substâncias codificada 291.89.

Após o fim do internamento, de duração variável consoante a instituição de acolhimento e as necessidades terapêuticas do utente, torna-se essencial o acompanhamento próximo, pois é nesta altura que são mais vulneráveis a recaídas. Adicionalmente, Hakko, Koponen, Viilo, Särkioja, Meyer-Rochow, Räsänen et al. (2005), verificaram que a probabilidade do suicídio seria especialmente alta nesta fase. Esta poderá ser uma evidência de comorbilidade (Sher, 2006).

A co-ocorrência do alcoolismo e a depressão em estados mórbidos, ou comorbilidade, é largamente aceite pela comunidade científica (Regier, Farmer e Rae, 1990, cit. por Schuckit, 1998; Semedo, 2008). Observa-se inclusive uma maior prevalência de sintomas depressivos – não necessariamente indicativos de depressão major – em grupos de alcoólicos que em não-alcoólicos (Nurnberger, Foroud, Flury, Meyer & Wiegand, 2002). Existem indicações interessantes de que as duas partilhem um gene, CHRM2, localizado no sétimo cromossoma, que se acredita envolvido em processos cognitivos (Wang, Hinrichs, Stock, Budde, Allen, Bertelsen et al., 2004).

Embora seja aceite que uma larga proporção de alcoólicos tenham uma segunda psicopatologia mórbida, Tambs, Harris e Magnus (1997) colocaram a hipótese de que os sujeitos com comorbilidade procurassem mais a ajuda de entidades médicas, enviesando a dominância destes grupos nas amostras institucionalizadas. Esta é uma posição em conformidade com o que foi descrita como a “falácia de Berkson”, pela qual o autor (1946) avisava para os perigos da amostragem estatística em meios hospitalares.

A determinação da precedência, ou seja, do local primário e secundário de cada psicopatologia, é tema de debate aceso. Quando se dá o caso da sintomatologia depressiva desaparecer no seguimento da desintoxicação alcoólica, torna-se claro que seria o alcoolismo a psicopatologia primária, visto que “sustentava” a secundária, apesar de preencherem requisitos para esta Perturbação de Humor (APA, 2002). Certo é que o índice de consumo e de suicídio em casos de comorbilidade é superior ao de cada uma das psicopatologias separadas (Cornelius et al., 1995, cit. por Hakko et al., 2005), sendo o prognóstico para a aderência ao tratamento nestas circunstâncias, extremamente variável (Haver & Gjestad, 2005). É razoável também esperar uma maior vulnerabilidade à recaída no álcool, entre múltiplos factores, se a depressão for primária (Hasin et al., 2002), sendo quatro vezes mais rápida comparativamente ao cenário secundário (Greenfield, Weiss, Muenz, Vagge, Kelly & Bello, 1998).

O modelo terapêutico de Minnesota para desintoxicação e reabilitação de alcoólicos, por exemplo, conceptualiza a adicção como uma doença primária no seu programa terapêutico (Owen, SD). Esta posição é sustentada pela miríade de perturbações psicológicas que acompanham a intoxicação e desmame alcoólico, mimetizando perturbações psíquicas graves, mas que, como já foi dito, tendem usualmente a desaparecer. Assim sendo, o alcoolismo seria o precursor da manifestação sintomática secundária, e logo, primário, como acontece, estima Schuckit (1998), entre 50 e 70% dos casos.

Menos comum será a persistência de sintomas patológicos para além do período de abstinência. Podemos considerar nesta eventualidade duas etiologias separadas: Uma considera a possibilidade dos danos orgânicos e psicológicos decorrentes tanto do consumo abusivo como das experiências que lhe podem ser associadas, serem responsáveis pelo aparecimento de uma psicopatologia secundária; outra concebe a existência pré-alcoólica de uma psicopatologia, que, ou já seria mórbida antes do consumo ou seria activada pela substância. Desta forma, o alcoolismo seria secundário a uma psicopatologia primária.

A etiologia do consumo alcoólico continua, apesar das muitas tentativas de determinação, longe de ser reduzida a um conjunto de factores indisputáveis. Geneticistas defendem a sua transmissão de pais para filhos através de marcadores transmitidos ao longo das gerações (Botta, Radcliffe, Carta, Mameli, Daly & Floyd, 2007) manifestos na formação e organização do Sistema Nervoso Central (SNC).

Neste, os sistemas de neurotransmissores GABA, NMDA e serotonina, em conjunto com sistemas adrenérgicos e dopaminérgicos, estariam envolvidos no alcoolismo, depressão e violência (Kiritzé-Topor & Bénard, 2007; Heinz, Mann, Weinberger & Goldman, 2001).

Psicólogos cognitivo-comportamentalistas destacam o papel da experiência potencialmente traumática de ter crescido num meio familiar alcoólico, potencialmente agressivo e abusivo (Lease, 2002), na acrescida probabilidade de comorbilidade por parte da nova geração (Dawson & Grant, 1998, cit. por Atkinson, 1999). Adicionalmente se estuda o papel moderador de stress quotidiano que é atribuído a esta substância (Idem).

Barnes (1979, cit. por Deus, 2002) descreveu o tipo de personalidade pré-alcoólica que descrevia o sujeito especialmente susceptível de vir a desenvolver uma obediência a esta substância, com características em tudo semelhantes à encontrada em indivíduos que demonstram um LdC predominantemente externo. Desta forma, a “Dependência face aos outros, impulsividade, fraqueza do Eu, hostilidade, dificuldade de identificação sexual, ansiedade e depressão” (p. 30), sela a associação entre o LdC e o álcool. A impulsividade, por exemplo, encontra-se associada à síndrome de recompensa deficitária em alcoólicos (Blum, Braverman, Holder, Lubar, Monastra, Miller et al., 2000) e, de acordo com Fenichel (1945), serve para contrariar os sintomas depressivos.

Na verdade, todos os campos das ciências humanas explicam o alcoolismo à sua maneira e em toda a probabilidade cada um detém um pedaço igualmente válido do que será a verdade.

A via psicodinâmica associa o alcoolismo à constante falência dos mecanismos de defesa encarregados de garantir o equilíbrio psíquico entre as exigências de cada uma das instâncias. Em virtude desse conflito, Ferenczi (1911/1991, cit. por Deus, 2002) apresenta o alcoolismo como uma resposta desadaptativa à neurose (onde dominam os mecanismos de defesa da inibição e do recalçamento), à semelhança da associação feita por Bono e Judge (2003) relativamente ao constructo do LdC.

Pensando na hipótese de auto-medicação (e.g., com álcool; Nunes et al., 1993, cit. por Garcia-Portilla et al., 2005) face a estados emocionais patológicos, podemos considerar que o consumo pretende mascarar um mal pior que o que acarreta o consumo tóxico. O sujeito adicto tem consciência de que o estilo de vida a que se sujeita tem consequências debilitantes e letais. Uma razão possível para se sujeitar ao

masoquismo do consumo, será a percepção de uma alternativa tão ou mais horrível. A angústia do vazio depressivo enlouquecedor adivinhado com a destruição do objecto de fixação oral (i.e., o deixar de beber), leva a uma solução de submissão ao agente “mafioso” (Rosenfeld, 1987) que, apesar de garantir a sua ruína, vai saciando-o de forma perversa e compulsiva.

Ainda que projectem sobre este objecto toda a sua raiva e medo (Deus, 2002), um mau objecto será sempre preferível ao nada antecipado na independência. E desta forma, a agressividade devida a outro, volta-se contra o próprio, desculpando-se o agente patogénico e culpabilizando/inferiorizando-se o Eu, adoptando a posição depressiva auto-perpetuante (Coimbra de Matos, 2001), preenchendo assim o critério para depressão major (APA, 2002).

REFERÊNCIAS DA REVISÃO DE LITERATURA

- Abraham, K. (1925). The influence of oral erotism on character-formation. *International Journal of Psychoanalysis*, 6, 247-259.
- Abramson, L., Seligman, Y. & Teasdale, M. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Abnormal Psychology*, 87 (1), 49-74.
- Adams, R., Smith, B. & Ruffin, R. (2000). Factors associated with hospital admissions and repeat emergency department visits for adults with asthma. *Thorax*, 55 (7), 566-573.
- Agosti, V. & Levin, F. (2006). The effects of alcohol and drug dependence on the course of depression. *The American Journal of Addictions*, 15 (1), 71-75.
- Anderson, A., Hattie, J. & Hamilton, R. (2005). Locus of control, self-efficacy, and motivation in different schools: Is moderation the key to success? *Educational Psychology*, 25 (5), 517-535.
- American Psychiatric Association. (2002). Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais: DSM-IV-TR (4ª ed., texto revisto). Lisboa: Climepsi.
- Archer, T., Kostrzewa, R., Beninger, R. & Palomo, T. (2008). Cognitive symptoms facilitatory for diagnoses in neuropsychiatric disorders: Executive functions and locus of control. *Neurotoxicity Research*, 14 (2,3), 205-225.
- Atkinson, R. (1999). Depression, alcoholism and ageing: A brief review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14 (11), 905-910.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1990). Reflections on non-ability determinants of competence. In R. Sternberg & J. Kolligan (Eds.), *Competence considered* (pp. 315-362). New Haven: Yale University Press.
- Berkson, J. (1946). Limitations of the application of fourfold tables to hospital data. *Biometrics Bulletin*, 2 (3), 47-53.
- Blau, G. (1993). Testing the relationship of locus of control to different performance dimensions. *Journal of Organizational and Occupational Psychology*, 66 (2), 125-138.
- Blum, K., Braverman, E., Holder, J., Lubar, J., Monastra, V., Miller, D. et al. (2000). Reward deficiency syndrome: A biogenic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive, and compulsive behaviors. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32, 1-68.

- Bono, J. & Judge, T. (2003). Self-concordance at work: Toward understanding the motivational effects of transformational leaders. *Academy of Management Journal*, 46 (5), 554-571.
- Botta, P., Radcliffe, R., Carta, M., Mameli, M., Daly, E., Floyd, K. et al. (2007). Modulation of GABA-sub(A) receptors in cerebellar granule neurons by ethanol: A review of genetic and electrophysiological studies. *Alcohol*, 41 (3), 187-199.
- Breeding, R. (2008). Empowerment as a function of contextual self-understanding: The effect of work interest profiling on career decision self-efficacy and work locus of control. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 51 (2), 96-106.
- Burns, S., Maniss, S., Young, L. & Gaubatz, M. (2005). Attributions of control and seropositivity among latinos: Examining the predictive utility of the locus of control construct. *AIDS Care*, 17 (2), 263-269.
- Cannon, W. (1929). *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage*. New York: Appleton.
- Carroll, J., Robinson, B. & Flowers, C. (2002). Marital estrangement, positive feelings toward partners, and locus of control: Female counselors married to alcohol-abusing and non-alcohol-abusing spouses. *Journal of Addictions & Offender Counselling*, 23 (1), 30-40.
- Chiu, C., Lin, C., Tsai, Y. & Hsiao, C. (2005). Modeling turnover intentions and the antecedents using the locus of control as a moderator: A case of customer service employees. *Human Resources Development Quarterly*, 16 (4), 481-499.
- Coimbra de Matos, A. (2001). *A depressão: Episódios de um percurso em busca do seu sentido*. Lisboa: Climepsi.
- Colquitt, J., LePine, J. & Noe, R. (2000). Toward an integrative theory of training motivation: A meta-analytic path analysis of 20 years of research. *Journal of Applied Psychology*, 85 (5), 678-707.
- Crawford, E. & Novak, K. (2006). Development of alcohol abuse as a rite of passage: The effect of beliefs about alcohol and the college experience on undergraduates' drinking behaviors. *Journal of Drug Education*, 36 (3), 193-212.
- Cummins, R. (1988). Perceptions of social support, receipt of supportive behaviors, and locus of control as moderators of the effects of chronic stress. *American Journal of Community Psychology*, 16 (5), 685-700.
- Cvetanovski, J. & Jex, S. (1994). Locus of control of unemployed people and its relationship to psychological and physical well-being. *Work & Stress*, 8 (1), 60-67.
- Dağ, İ. (2002). Locus of control scale: A study on the reliability and validity of the scale [in turkish]. *Türk Psikoloji Dergisi*, 17 (49), 77-90.

- De Brabander, B., Boone, C. & Gertis, P. (1992). Locus of control and cerebral assymetry. *Perceptual and Motor Skills*, 75 (1), 131-143.
- Deming, A. & Lochman, J. (2008). The relation of locus of control, anger, and impulsivity to boys' aggressive behavior. *Behavioral Disorders*, 33 (2), 108-119.
- Deus, A. (2002). *O alcoolismo: Uma forma de desistência de vida*. Lisboa: ISPA.
- Deutsch, F., Servis, L. & Payne, J. (2001). Paternal participation in child care and its effects on children's self-esteem and attitudes toward gendered roles. *Journal of Family Issues*, 22 (8), 1000-1024.
- Dollinger, S. (2000). Locus of control and incidental learning: An application to college student success. *College Student Journal*, 34 (4), 537-540.
- Erikson, E. (1964). *Insight and responsibility*. New York: W.W. Norton and Company.
- Evans, W., Owens, P. & Marsh, S. (2005). Environmental factors, locus of control, and adolescent suicide risk. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 22 (3-4), 301-319.
- Fairbairn, W. (1944). Endophysic structure considered in terms of object-relationships. *International Journal of Psychoanalysis*, 25 (1/2), 70-93.
- Fergusson, D. & Woodward, L. (2002). Mental health, educational, and social role outcomes for adolescents with depression. *Archives of General Psychiatry*, 59 (3), 225-231.
- Fisher, D., Beech, A. & Browne, K. (1998). Locus of control and its relationship to treatment change and abuse history in child sexual abusers. *Legal and Criminological Psychology*, 3 (1), 1-12.
- Flouri, E. (2006). Parental interest in children's education, children's self-esteem and locus of control, and later educational attainment: Twenty-six year follow-up of the 1970 British birth cohort. *British Journal of Educational Psychology*, 76 (1), 41-55.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (4), 839-852.
- Gadzella, B., Ginther, D., Masten, W. & Guthrie, D. (1997). Predicting students as deep and shallow processors of information. *Percept Motor Skills*, 84 (3), 875-881.
- Garcia-Portilla, M., Bascarán, M., Saiz, P., Mateos, M., González-Quirós, M., Pérez, P. et al. (2005). Efectividad de la venlafaxina en el tratamiento de la dependencia de alcohol con depresión comórbida. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 33 (1), 41-45.

- Gençöz, T. & Astan, G. (2006). Social support, locus of control, and depressive symptoms in hemodialysis patients. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47 (3), 203-208.
- Goldstein, L., Atkins, L. & Leigh, P. (2003). Health-related locus of control: Does it change in motor neurone disease (MND)? *ALS and Other Motor Neuron Disorders*, 4 (1), 27-30.
- Gómez-Fraguela, J., Pérez, N., Tríñanes, E. & Martín, Á. (2008). El botellón y el consume de alcohol y otras drogas en la juventud. *Psicothema*, 20 (2), 211-217.
- Gonçalves, P. & Pereira, A. (2009). Álcool alarma noite de Coimbra. Consultado em 18 de Abril de 2009 através de <http://www.correiodamanha.pt/Noticia.aspx?channelid=00000228-0000-0000-0000-000000000228&contentid=DE92242E-2B79-4775-B383-4E54E61DF658>
- Greenfield, S., Weiss, R., Muenz, L., Vagge, L., Kelly, J., Bello, L. et al. (1998). The effect of depression on return to drinking: A prospective study. *Archives of General Psychiatry*, 55 (3), 259-265.
- Grant, B. (1995). Comorbidity between DSM-IV drug use disorders and major depression: Results of a national survey of adults. *Journal of Substance Abuse*, 7 (4), 481-497.
- Grunbaum, J., Kann, L., Kinchen, S., Williams, B., Ross, J., Lowry, R. et al. (2002). Youth risk surveillance – United States, 2001. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 51 (25), 1-64.
- Hakko, H., Koponen, P., Viilo, K., Särkioja, T., Meyer-Rochow, V., Räsänen, P. et al. (2005). Alcohol-related suicides in victims with a history of hospital-treated depression. *The American Journal on Addictions*, 14 (5), 455-463.
- Hasin, D., Liu, X., Nunes, E., McCloud, S., Samet, S. & Endicott, J. (2002). Effects of major depression on remission and relapse of substance dependence. *Archives of General Psychiatry*, 59 (4), 375-380.
- Haver, B. & Gjestad, R. (2005). Phobic anxiety and depression as predictor variables for treatment outcome: A LISRAEL analysis on treated female alcoholics. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59 (1), 25-30.
- Heckhausen, J. & Schulz, R. (1995). A life-span theory of control. *Psychological Review*, 102 (2), 284-384.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: John Wiley & Sons.
- Heinz, A., Mann, K., Weinberger, D. & Goldman, D. (2001). Serotonergic dysfunction, negative mood states, and response to alcohol. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25 (4), 487-495.

- Hobbis, I., Turpin, G. & Read, N. (2003). Abnormal illness behaviour and locus of control in patients with functional bowel disorders. *British Journal of Health Psychology*, 8 (4), 393-408.
- Hobbins, J. (2009). The effect of maternal alcohol consumption on fetal growth and preterm birth. *OB/GYN Clinical Alert*, 25 (12), 89-91.
- Hoffman, D., Novak, T. & Schlosser, A. (2003). Locus of control, web use, and consumer attitudes toward internet regulation. *Journal of Public Policy & Marketing*, 22 (1), 41-57.
- Hong, T., Oddone, E., Dudley, T. & Bosworth, H. (2006). Medication barriers and anti-hypertensive medication adherence: The moderating role of locus of control. *Psychology, Health & Medicine*, 11 (1), 20-28.
- Horige, Y. (1991). Japanese version of the health locus of control scales. *Rinsho-Shinrigaku-Kenkyu*, 4, 1-7.
- Jain, S. & Singh, A. (2008). Locus of control in relation to cognitive complexity. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 34 (1), 107-113.
- Janssen, T. & Carlton, J. (1999). The effects of locus of control and task difficulty on procrastination. *Journal of Genetic Psychology*, 160 (4), 436-442.
- Kasen, S., Cohen, P., Skodol, A., Johnson, J., Smailes, E. & Brook, J. (2001). Childhood depression and adult personality disorder: Alternative pathways of continuity. *Archives General of Psychiatry*, 58 (3)t, 231-236.
- Kiritzé-Topor, P. & Bénard, J. (2007). *Guia práctico de alcoologia*. Lisboa: Climepsi.
- Kiviruusu, O., Huurre, T. & Aro, H. (2007). Psychosocial resources and depression among chronically ill young adults: Are males more vulnerable? *Social Science & Medicine*, 65 (2), 173-186.
- Koivula, N. (1996). Estimation of time: effects of locus of control, mental arithmetic and length of target interval. *Personality and Individual Differences*, 20 (1), 25-32.
- Kuntsche, S., Knibbe, R. & Gmel, G. (2009). Social roles and alcohol consumption: A study of 10 industrialised countries. *Journal of Social Science & Medicine*, 68 (7), 1263-1270.
- Labelle, R. & Lachance, L. (2003). Locus of control and academic efficacy in the thoughts of life and death of young Quebec university students. *Crisis*, 24 (2), 68-72.
- Lease, S. (2002). A model of depression in adult children of alcoholics and nonalcoholics. *Journal of Counseling & Development*, 80 (4), 441-451.

- Lee, C. (2008). Career maturity, career decision-making self-efficacy, interdependent self-construal, locus of control and gender role ideology of Chinese adolescents in Hong Kong. *Dissertation Abstracts International*, 69 (2-B), 1361.
- Lefcourt, H., Martin, R. & Saleh, W. (1984). Locus of control and social support: Interactive moderators of stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47 (2), 378-389.
- Lefcourt, H. (1992). Durability and impact of the locus of control construct. *Psychological Bulletin*, 112 (3), 411-414.
- Levenson, H. (1973). Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *Journal of consulting and clinical psychology*, 41 (3), 397-404.
- Levenson, H. (1974). Activism and powerful others: Distinctions within the concept of internal-external control. *Journal of Personality Assessment*, 38 (4), 377-383.
- Levenson, H. (1981). Differentiating among internality, powerful others, and chance. In H. Lefcourt (Ed.), *Research with the locus of control construct* (Vol.1, 15-63). New York: Academic Press.
- Lin, C. & Tsay, H. (2005). Relationships among perceived diagnostic disclosure, health locus of control and levels of hope in taiwanese cancer patients. *Psycho-Oncology*, 14 (5), 376-385.
- Lu, L., Kao, S., Cooper, C. & Spector, P. (2000). Managerial stress, locus of control, and job strain in Taiwan and UK: A comparative study. *International Journal of Stress Management*, 7 (3), 209-226.
- Matud, M., Bethancourt, J., Ibáñez, I., López, M., Rodríguez, C. & Grande, J. (2006). Relevancia de las variables motivacionales y de percepción de control en el pensamiento creativo de mujeres y hombres de la población general. *Análisis y Modificación de Conducta*, 32 (145), 643-660.
- Moneta, G., Schneider, B. & Csikszentmihalyi, M. (2001). A longitudinal study of the self-concept and experiential components of self-worth and affect across adolescence. *Applied Developmental Science*, 5 (3), 125-142.
- Morling, B. & Evered, S. (2006). Secondary control reviewed and defined. *Psychological Bulletin*, 132 (2), 269-296.
- Nowicki, S. Jr. & Strickland, B. (1973). A locus of control scale for children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40 (1), 148-154.
- Nurnberger, J., Foroud, T., Flury, L., Meyer, E. & Wiegand, R. (2002). Is there a genetic relationship between alcoholism and depression? *Alcohol Research & Health*, 26 (3), 233-240.

- O'Connor, M. (2001). Prenatal alcohol exposure and infant negative affect as precursors of depressive features in children. *Infant Mental Health Journal*, 22 (3), 291-299.
- Owen, P. (SD). *Minnesota model: Description of counseling approach*. Consultado em 25 de Março de 2009 através de <http://www.drugabuse.gov/ADAC/ADAC11.html>
- Pais Ribeiro, J. (1994). Reconstrução de uma escala de locus de controlo de saúde. *Psiquiatria Clínica*, 15 (4), 207-214.
- Pérez de los Cobos, J. & Guardia, J. (2005). Alcoholismo. In J. Vallejo Ruiloba (Org.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatria* (5ª Ed., pp. 631-649). Barcelona: Masson.
- Teixeira, J. (2007). Psicologia da saúde. In J. Teixeira & I. Trindade (Orgs.), *Psicologia nos cuidados de saúde primários* (2ª Ed., pp. 17-40). Lisboa: Climepsi.
- Patten, C., Hurt, R., Offord, K., Croghan, I., Gomes-Dahl, L., Kottke, T. et al. (2003). Relationship of tobacco use to depressive disorders and suicidality among patients treated for alcohol dependence. *The American Journal on Addictions*, 12 (1), 71-83.
- Peterson, C. & Seligman, M. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Bulletin*, 91 (3), 347-374.
- Phares, E. (1957). Expectancy changes in skill and chance situations. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 54 (3), 339-342.
- Rosenfeld, H. (1987). *Impasse and interpretation: Therapeutic and anti-therapeutic factors in the psychoanalytic treatment of psychotic, borderline, and neurotic patients..* New York, NY: Tavistock/Routledge.
- Rothbaum, F., Weisz, J. & Snyder, S. (1982). Changing the world and changing the self: A two-process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42 (1), 5-37.
- Rotter, J. (1954). *Social Learning and Clinical Psychology*. New York: Prentice-Hall.
- Rotter, J. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 609.
- Sedek, G., Kofta, M. & Tyszka, T. (1993). Effects of uncontrollability on subsequent decision making: testing the cognitive exhaustion hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65 (6), 1270-1281.

- Seeman, M. & Lewis, S. (1995). Powerlessness, health and mortality: A longitudinal study of older men and mature women. *Social Science and Medicine*, 41 (4), 517-525.
- Selye, H. (1978). *The stress of life* (rev. ed.). New York: McGraw-Hill.
- Semedo, D. (2008). *Comorbilidade psicopatológica, alexitimia e ideação suicida na dependência de álcool* (Monografia de Licenciatura em Psicologia, vertente Clínica e do Aconselhamento). Almada: Instituto Piaget.
- Sher, L. (2006). Serotonin and suicidal behavior in patients with comorbid depression and alcoholism. *The American Journal of Addictions*, 15 (2), 198.
- Shuckit, M. (1998). *Abuso de álcool e drogas*. Lisboa: Climepsi.
- Silva, M., Dorso, E. & Azhar, A. (2008). The relationship among parenting styles experienced during childhood, anxiety, motivation, and academic success in college students. *Journal of College Student Retention: Research, Theory & Practice*, 9 (2), 149-167.
- Skinner, E. (2007). Secondary control critiqued: is it secondary? Is it control? Comment on Morling and Evered (2006). *Psychological Bulletin*, 133 (6), 911-916.
- Spector, P. (1988). Development of the work locus of control scale. *Journal of Occupational Psychology*, 61 (4), 335-340.
- Suizzo, M. & Soon, K. (2006). Parental academic socialization: Effects of home-based parental involvement on locus of control across U.S. ethnic groups. *Educational Psychology*, 26 (6), 827-846.
- Teixeira, J. (2007). Psicologia da saúde. In J. Teixeira & I. Trindade (Orgs.), *Psicologia nos cuidados de saúde primários* (2ª Ed., pp. 17-40). Lisboa: Climepsi.
- Trento, M., Tomelini, M., Basile, M., Borgo, E., Passera, P., Miselli, V. et al. (2008). The locus of control in patients with type 1 and type 2 diabetes managed by individuals and group care. *Diabetic Medicine*, 25 (1), 86-90.
- Tubbs, W. (1994). The roots of stress-death and juvenile delinquency in Japan: Disciplinary ambivalence and perceived locus of control. *Journal of Business Ethics*, 13 (7), 507-522.
- Twenge, J., Zhang, L. & Im, C. (2004). It's beyond my control: A cross-temporal meta-analysis of increasing externality in locus of control, 1960-2002. *Personality and Social Psychology Review*, 8 (3), 308-319.
- Vermeersch, H., T'Sjoen, G., Kaufman, J. & Vincke, J. (2008). Gender, parental control, and adolescent risk-taking. *Journal of Deviant Behavior*, 29 (8), 690-725.

- Wallston, K., Wallston, B. & DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6 (2), 160-170.
- Wallston, K., Stein, M. & Smith, C. (1994). Form C of the MHLC scales: A condition-specific measure of locus of control. *Journal of Personal Assessment*, 63 (3), 534-553.
- Wang, J., Hinrichs, A., Stock, H., Budde, J., Allen, R., Bertelsen, S. et al. (2004). Evidence of common and specific effects: Association of the muscarinic acetylcholine receptor M2 (CHRM2) gene with alcohol dependence and major depressive syndrome. *Human Molecular Genetics*, 13 (17), 1903-1911.
- White, W. (s/d). Addiction as a disease: Birth of the concept. Consultado em 26 de Abril de 2009 através de <http://defeataddictions.org/Articles/Birth-of-a-Concept.html>
- Winnicott, D. (1953). Transitional objects and transitional phenomena: A study of the first not-me possession. *International Journal of Psychoanalysis*, 34 (2), 89-97.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. Geneva: World Health Organization.
- Wu, A., Tang, C. & Kwok, T. (2004). Self-efficacy, health locus of control, and psychological distress in elderly chinese women with chronic illnesses. *Aging & Mental Health*, 8 (1), 21-28.

Anexo D

Resultados

- Resultados Suplementares.
- Resultados e Discussão Breves.
 - Outputs.

RESULTADOS SUPLEMENTARES

Gráfico 1. Questão relativa ao estado civil.

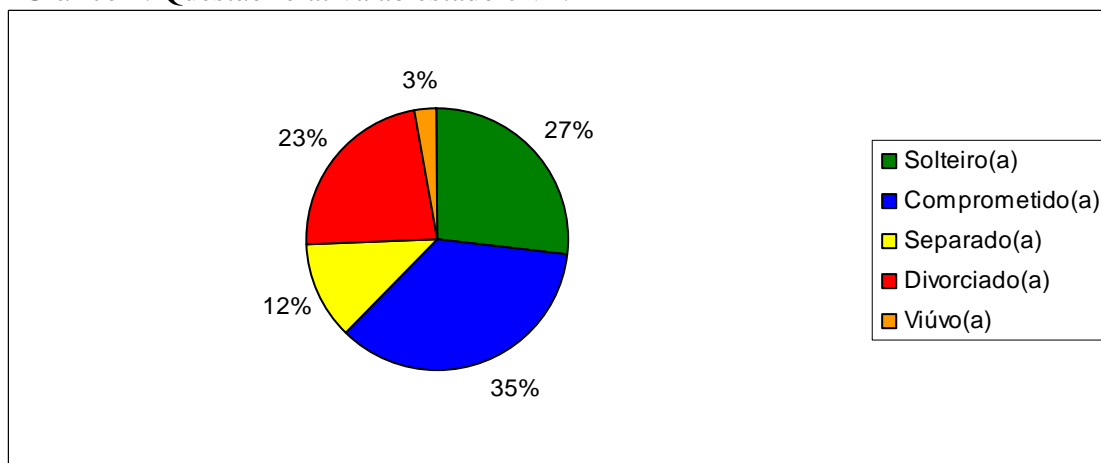
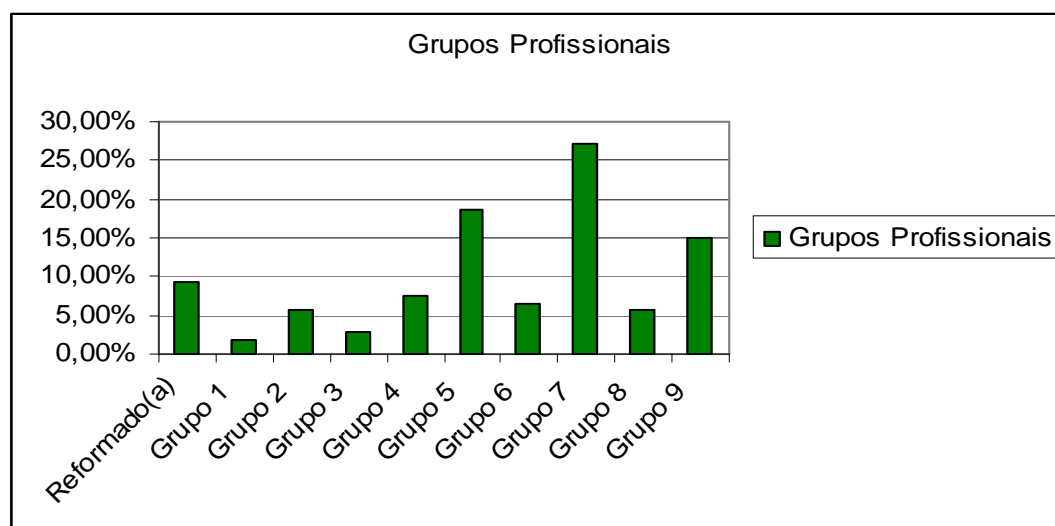


Gráfico 2. Questão relativa à profissão.



Legenda:

Grande grupo:

1. Quadros superiores de Administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas.
2. Especialistas das profissões intelectuais e científicas.
3. Técnicos e profissionais de nível intermédio.
4. Pessoal administrativo e similares.
5. Pessoal dos serviços e vendedores.
6. Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas.
7. Operários, artífices e trabalhadores similares.
8. Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem.
9. Trabalhadores não qualificados.

Nota: Não se tendo considerado o desemprego como uma profissão, considerou-se a última exercida pelo sujeito.

Gráfico 3. Questão relativa à situação profissional.

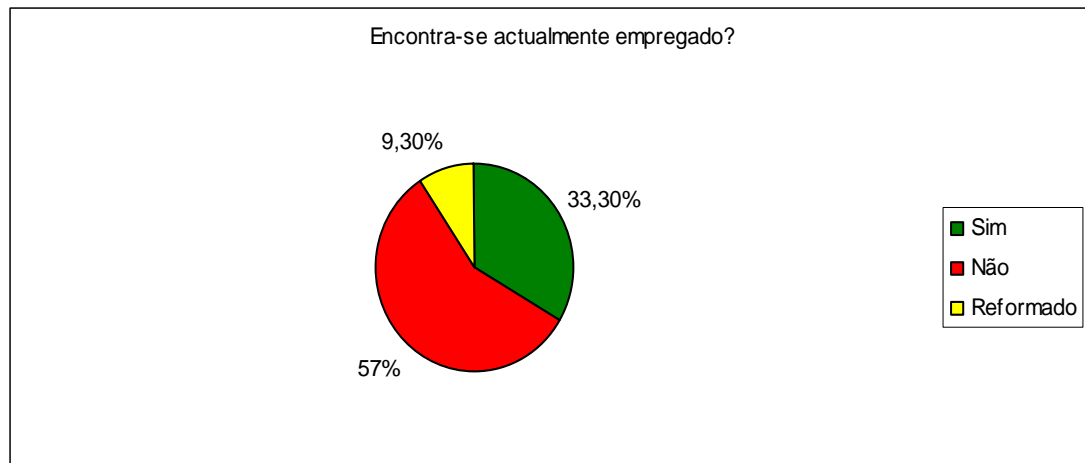


Gráfico 4. Questão pedindo consideração sobre o rendimento de que aufere.

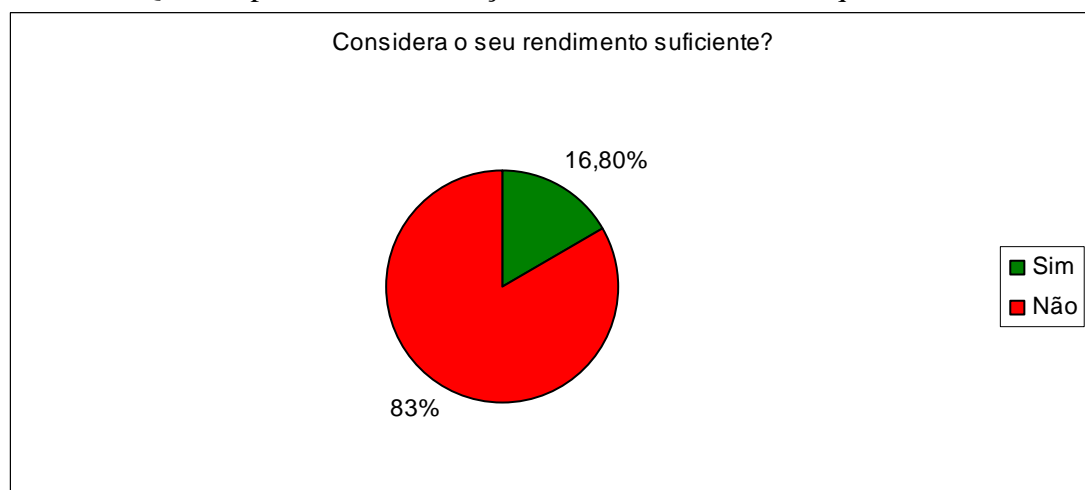


Gráfico 5. Questão relativa ao intervalo entre internamentos para desintoxicação.

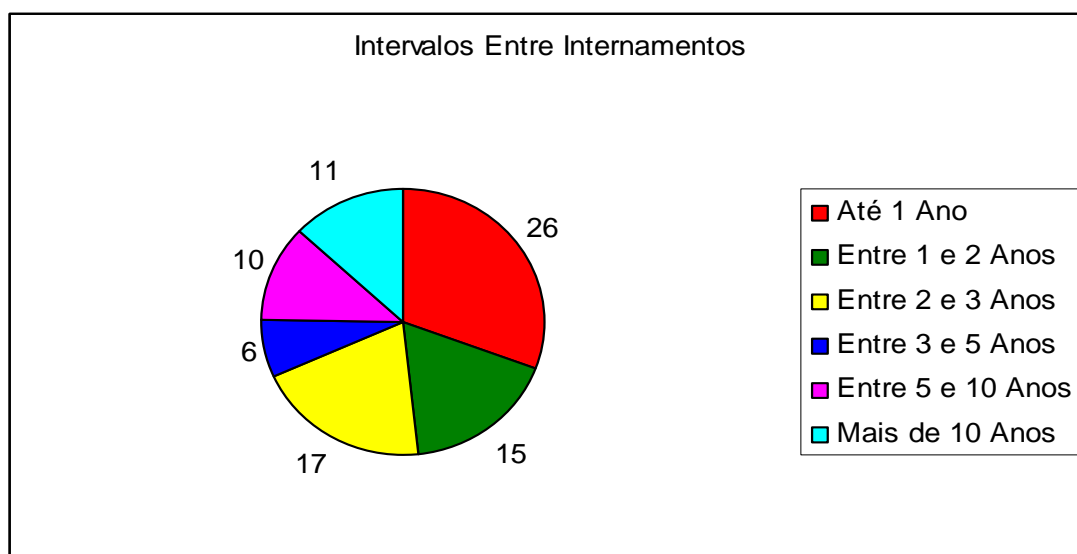


Gráfico 6. Questão da frequência, em ambulatório, de um programa terapêutico.

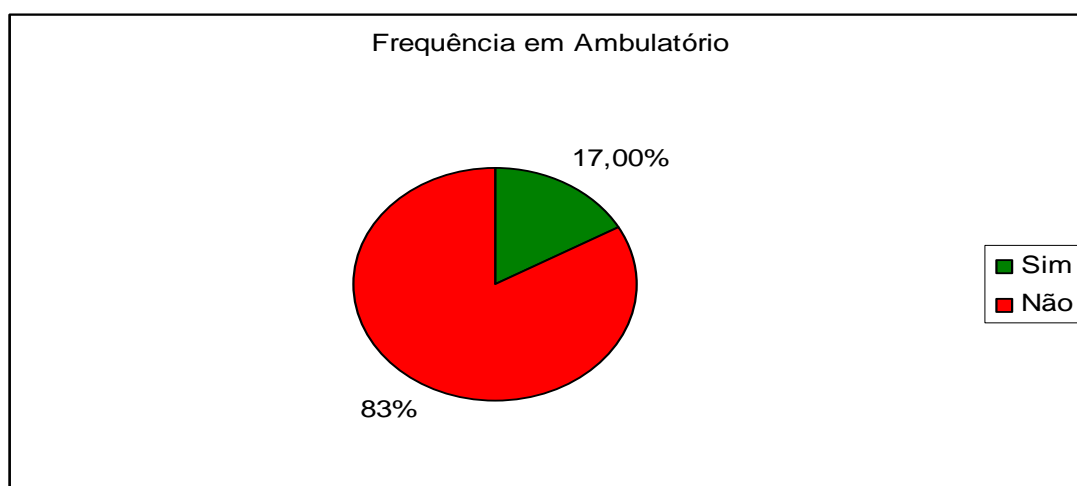


Gráfico 7. Questão acerca do local onde é costume consumir.

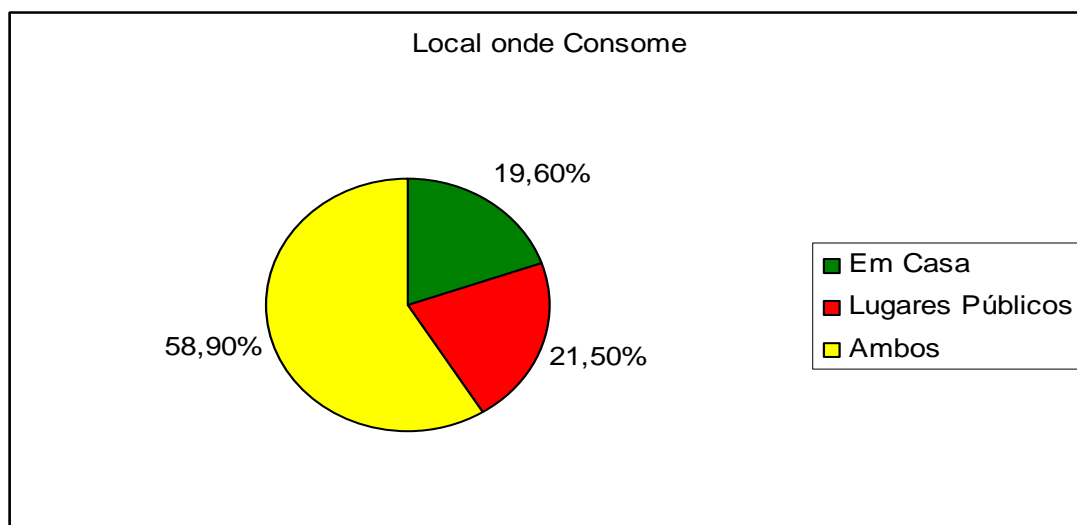


Gráfico 8. Questão da companhia com a qual costuma consumir.

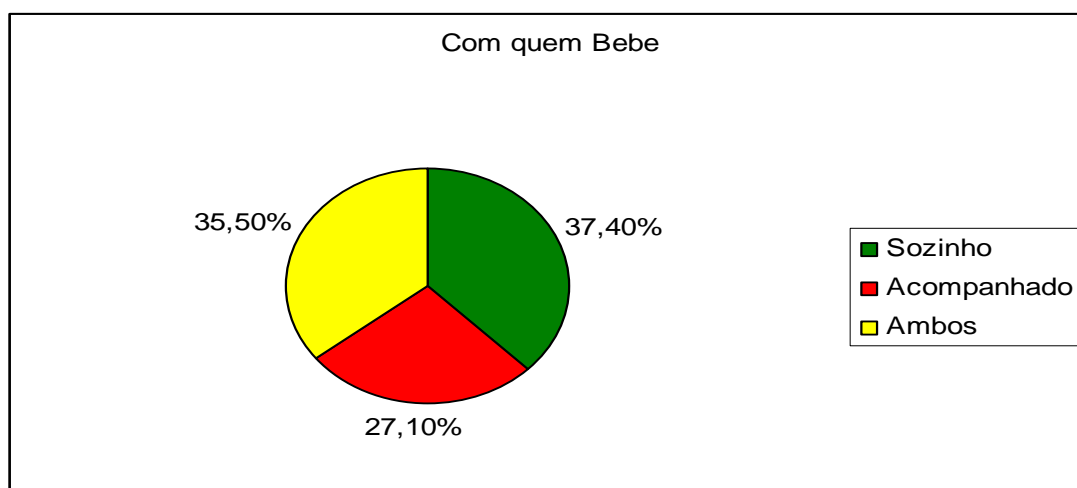


Gráfico 9. Questão relativa à adição a outras substâncias tóxicas.

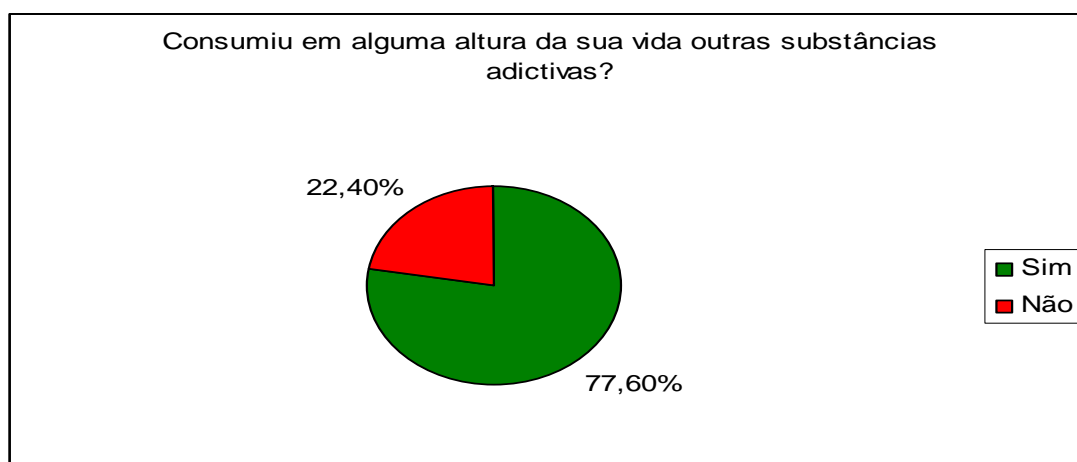


Gráfico 10. Questão pedindo especificação da substância tóxica (vêde Gráfico 9).

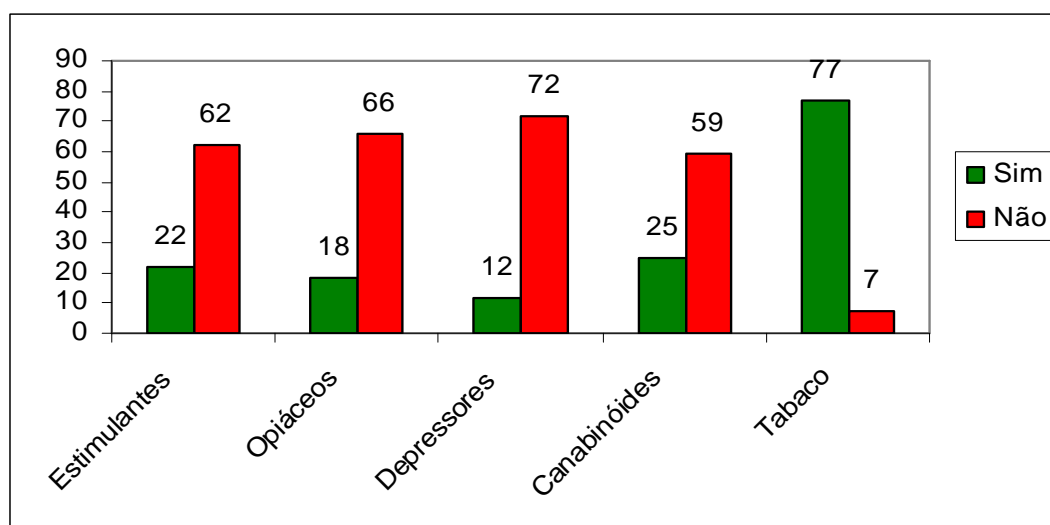


Gráfico 11. Questão de ligação do consumo a um evento potencialmente traumático.

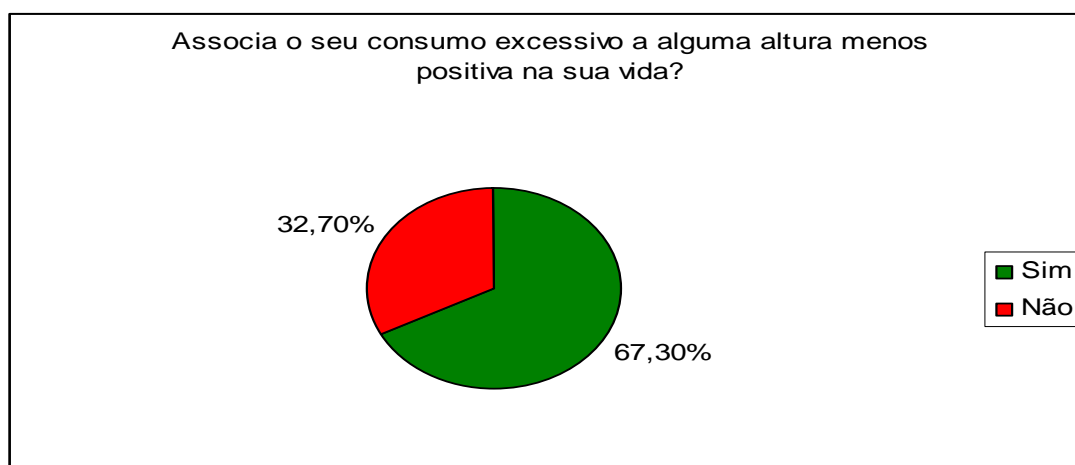


Gráfico 12. Questão da especificação do evento traumático (vêde Gráfico 11).

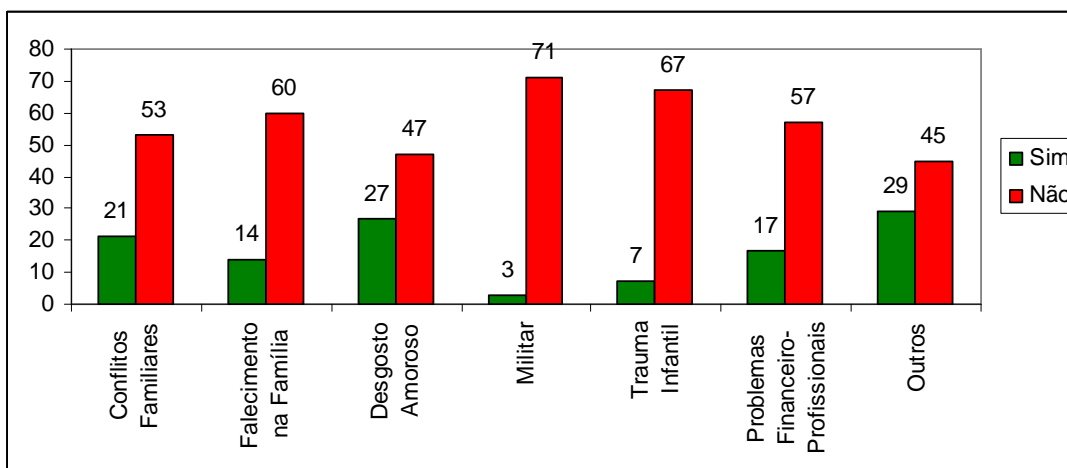


Gráfico 13. Questão relativa à motivação do sujeito para a desintoxicação.

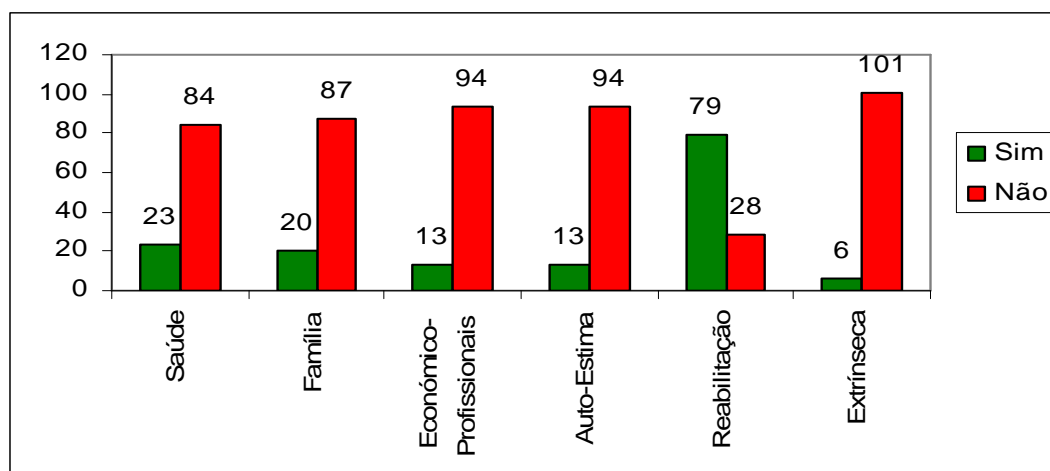
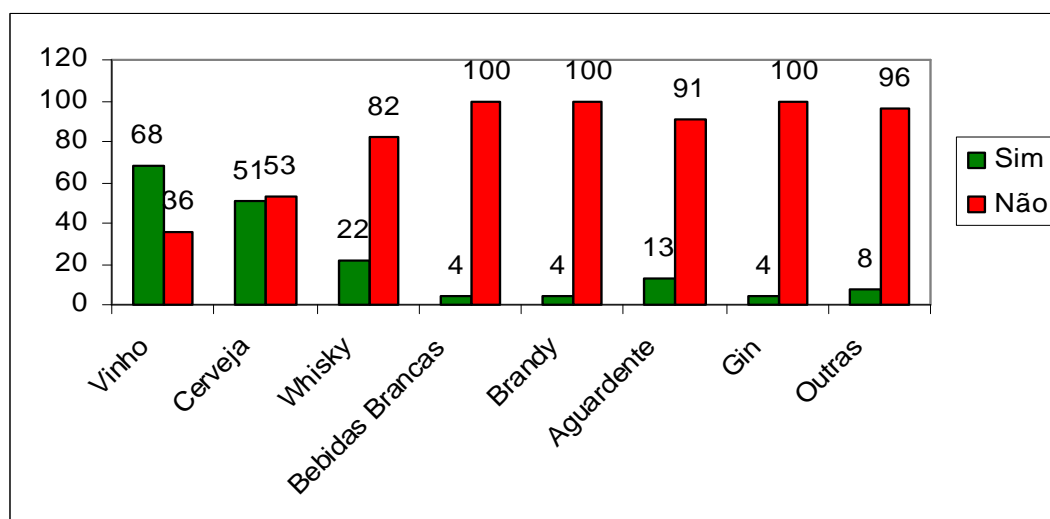


Gráfico 14. Questão sobre a variedade do consumo.



Quadro 1. Resumo de estatísticas descritivas relevantes.

Variável	Média	Desvio-Padrão
Duração actual do desemprego	27.47 Meses	30.38 Meses
Idade aquando o primeiro contacto com o álcool	16.61 Anos	9 Anos
Quantidade de anos em que considera beber em excesso	13.10 Anos	10.10 Anos
Número de internamentos anteriores	1,6 Internamentos	2,48 Internamentos

Referência

Instituto do Emprego e Formação Profissional. (S/d). *Classificação nacional de profissões*. Consultado em 12 de Março de 2009 através de <http://www.iefp.pt/formacao/CNP/Paginas/CNP.aspx>

RESULTADOS E DISCUSSÃO BREVES

Incluir-se-ão nesta parte do estudo os resultados cujas considerações são complementares aos objectivos propostos. Estes serão apresentados na forma descritiva, sendo que, quando forem aplicados testes estatísticos serão discriminados os seus nomes e níveis de significância, seguindo-se-lhes uma pequena análise/discussão.

A todos os utentes internados nos três centros de desintoxicação alcoólica é sugerida a frequência a encontros pós-internamento, que, em conjunto com reuniões com grupos de ajuda (e.g., Al-Anon e Alateen), visam a prevenção de recaídas. Desconhece-se qual a proporção de sujeitos que procura este auxílio ao tratamento, a todos os níveis precioso para o cimentar da terapêutica de auto-controlo.

Observamos nos utentes que se encontram pela primeira vez internados para desintoxicação alcoólica scores mais baixos ($M= 49.05$, $SD= 9.22$, $N= 43$) na escala de LdCS comparativamente àqueles que tiveram pelo menos um internamento anterior ao corrente ($M= 53.75$, $SD= 11.52$, $N= 60$), sendo estas diferenças significativas um teste paramétrico ($F(1, 101)= 4.91$, $p= 0.03$, $N= 103$). Este resultado pode ficar a dever-se a uma progressiva consciencialização do lugar que o sujeito ocupa na regulação dos efeitos das escolhas que toma relativamente à sua saúde. Ainda que o constructo do LdCS tenha sido concebido como algo relativamente estável ao longo da vida do sujeito, parece verificar-se que a institucionalização promoverá um reforço da auto-atribuição de controlo, mesmo considerando que ambas as médias se situam ainda numa dimensão externa. Constatamos, apesar dessa aparente evolução, que uma classificação superior não impede ainda assim a reincidência. Isto pode indicar que, para além do estímulo à adopção de crenças internas, prática comum em programas inspirados no modelo de Minnesota, algo mais precisaria de ser trabalhado com estes doentes. Opinamos que se defina aqui a necessidade de uma terapia mais incisiva pós-internamento, como ocorre com outros utentes com psicopatologias, correndo caso contrário o risco de aprofundamento da descrença num controlo possível, causado por sucessivas desintoxicações e recaídas.

A identificação e elaboração de factores basilares para o consumo para-suicidário de etanol surge como uma medida simultaneamente necessária e impossível no

tempo regular de internamento. Dos 108 sujeitos que concluíram todos os instrumentos, 67.6% identificaram pelo menos uma circunstância que tenha actuado como gatilho para o seu consumo. Esta aparente disponibilidade, longe ainda de constituir um corolário dos conteúdos da caixa de Pandora do sujeito alcoólico, representa um ponto introdutório.

Um exemplo muito relevante do que será um acontecimento com potencial indutor de stress, será o desemprego, que alimenta o sentimento de impotência e frustração, para além de possibilitar um perigoso “tempo morto”. O potencial introspectivo decorrente da falta de ocupação tem o potencial de desorientar um indivíduo, que lhe poderá tentar escapar preenchendo-o de álcool. A média de consumo de gramas de etanol puro (atingida pela multiplicação dos mililitros ingeridos multiplicados pelo volume alcoólico da bebida e pelo factor de ponderação 0.79; CRAL, s/d) diverge significativamente consoante falemos de alguém empregado ($M= 186.88$, $SD= 155.97$, $N= 29$) ou desempregado ($M= 243.8$, $SD= 139.31$, $N= 56$), enquanto o consumo dos reformados, mais idosos, é mais baixo, como tivemos oportunidade de descrever no artigo ($M= 138.75$, $SD= 121.94$, $N= 9$). Estas diferenças são de resto significativas para o nível de significância 0.05, como podemos constatar com a aplicação do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis ($KW(2)= 7.46$, $p= 0.02$, $N= 96$), especificamente aquelas entre os desempregados e os reformados ($p= 0.16$) como pudemos verificar com o teste post-hoc LSD. Esta constatação reforça a intervenção de factores múltiplos influentes no padrão de consumo, não podendo este explicar-se, como qualquer comportamento, de uma forma simples.

Este estudo, para além dos seus objectivos capitais, pretendeu ainda colmatar uma lacuna na investigação da mulher alcoólica. Em virtude de alguns factores descritos na secção teórica, este género tem sido deixado de parte mas simultaneamente alvo de enorme curiosidade científica por parte da comunidade dos técnicos de saúde na área da alcoologia. Uma razão para esse aparente desprezo na pesquisa prende-se pela dificuldade na obtenção de uma amostra, com que também tivemos de lidar. Pese embora a desproporcionalidade (86 homens e 23 mulheres) sentimo-nos por necessidade obrigados a procurar indicadores de caracterização.

Inclui-se no padrão do consumo, para além da quantidade de álcool ingerida, as circunstâncias durante as quais aquele toma lugar. Encontraram-se algumas diferenças entre os consumidores do género masculino em relação ao feminino. Constata-se que a maioria das mulheres tem preferência por um consumo solitário

(56,5%) que tomará lugar em casa (73.9%), enquanto os homens não terão predilecção, bebendo com ou sem companhia (62.4%), seja em casa ou em lugares públicos (38.8%). Estas diferenças reflectem, ainda que de forma estatisticamente tímida, a urgência de um estudo incisivo do alcoolismo no feminino, já que existe o indício de diferenças a considerar na altura da definição de uma terapêutica.

OUTPUTS DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO COMPLEMENTARES

1º Estatística

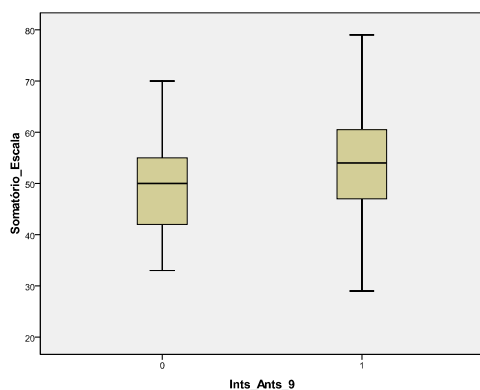
Sumário do Processamento de Casos

	Internamentos Anteriores	Casos					
		Válidos		Omissos		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
LdCS	Não	43	100,0%	0	,0%	43	100,0%
	Sim	60	100,0%	0	,0%	60	100,0%

Estatística Descritiva

Internamentos Anteriores			Estatística	Erro Padrão
LdCS	Não	Média	49,05	1,406
		Intervalo de Confiança de 95% para a Média		
		Lim. Inf.	46,21	
		Lim. Sup.	51,88	
		Desvio Padrão	9,222	
		Mínimo	33	
		Máximo	70	
	Sim	Média	53,75	1,487
		Intervalo de Confiança de 95% para a Média		
		Lim. Inf.	50,77	
		Lim. Sup.	56,73	
		Desvio Padrão	11,521	
		Mínimo	29	
		Máximo	79	

- Pressupostos



Teste de Normalidade

Internamentos Anteriores		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Prob. Sig.	Estatística	gl	Prob. Sig.
LdCS	Não	,103	43	,200 [*]	,973	43	,403
	Sim	,073	60	,200 [*]	,981	60	,454

a. Correção de Significância Lilliefors.

*. Este é o limite inferior da verdadeira significância.

- Teste ANOVA one-way

ANOVA

LdCS

	Soma dos Quadrados	gl	Média dos Quadrados	F	Prob. Sig.
Entre Grupos	554,144	1	554,144	4,908	,029
Dentro de Grupos	11403,157	101	112,903		
Total	11957,301	102			

2º Estatística

Somatório do Processamento de Casos

		Casos					
		Válidos		Omissos		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
Consumo em gramas de álcool puro	Não	56	100,0%	0	,0%	56	100,0%
	Sim	29	100,0%	0	,0%	29	100,0%
	Reformado	9	100,0%	0	,0%	9	100,0%

Estatística Descritiva

Empregado		Estatística	Erro Padrão
Consumo em gramas de álcool puro	Média	243,7820	18,61627
	Intervalo de confiança de 95% para a média	Lim. Inf. 206,4741 Lim. Sup. 281,0898	
	Desvio Padrão	139,31139	
	Mínimo	18,96	
	Máximo	592,50	

Sim	Média		186,8845	16,82235
	Intervalo de confiança de 95% para a média	Lim. Inf.	152,4255	
		Lim. Sup.	221,3435	
	Desvio Padrão		90,59114	
	Mínimo		13,03	
	Máximo		391,05	
Reformado	Média		138,7511	40,64771
	Intervalo de confiança de 95% para a média	Lim. Inf.	45,0173	
		Lim. Sup.	232,4849	
	Desvio Padrão		121,94314	
	Mínimo		34,13	
	Máximo		331,80	

- Pré-Requisitos

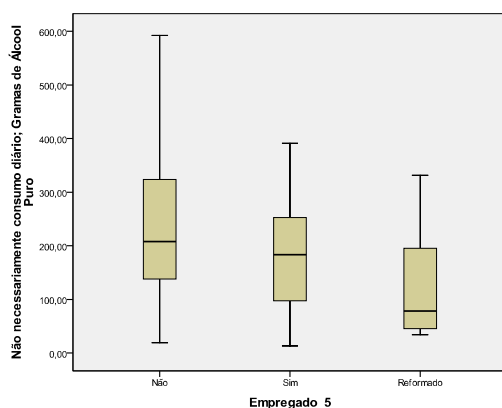
Testes de Normalidade

Empregado	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	Prob. Sig.	Estatística	gl	Prob. Sig.
Consumo em gramas de álcool puro Não	,149	56	,003	,946	56	,015
Sim	,115	29	,200*	,971	29	,580
Reformado	,246	9	,124	,806	9	,024

a. Correção de Significância Lilliefors

*. Este é o limite inferior da significância real.

$SW-S = 0.97, p = 0.58, N = 29$; $KS-N = 0.15, p < 0.01, N = 56$; $SW-R = 0.81, p = 0.02, N = 9$



- Teste Kruskal-Wallis

Classificação (Ranks)

	Empregado	N	Classif. Média
Consumo em gramas de álcool puro	Não	58	54,20
	Sim	29	42,69
	Reformado	9	30,50
	Total	96	

Estatística de Teste^{a,b,c}

	Consumo em gramas de álcool puro
Qui-Quadrado	7,455
Gl	2
Prob. Sig.	,024
Assimpt.	

a. Teste de Kruskal Wallis

b. Variável de agrupamento:

Empregado

c. Algumas ou todas as significâncias exactas não podem ser calculadas por insuficiência de memória.

- Comparação múltipla de médias

ANOVA one-way

Classificação de Consumo em gramas de álcool puro

	Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Prob. Sig.
Entre Grupos	5778,323	2	2889,162	3,960	,022
Dentro de Grupos	67853,677	93	729,609		
Total	73632,000	95			

Comparações Múltiplas

Classificação de Consumo em gramas de álcool puro

LSD

		Diferença de Médias (I-J)	Erro Padrão	Prob. Sig.	Intervalo de Confiança de 95%	
(I) Empregado	(J) Empregado				Limite Inferior	Limite Superior
Não	Sim	11,508621	6,143160	,064	-,69048	23,70772
	Reformado	23,698276*	9,677148	,016	4,48138	42,91517
Sim	Não	-11,508621	6,143160	,064	-23,70772	,69048
	Reformado	12,189655	10,306632	,240	-8,27727	32,65658
Reformado	Não	-23,698276*	9,677148	,016	-42,91517	-4,48138
	Sim	-12,189655	10,306632	,240	-32,65658	8,27727

*. A diferença de médias é significativa para 0.05.

Anexo E

Acessórios de Classificação

- Classificação de Substâncias Adictivas.
- Volume Considerado dos Recipientes de Consumo.

CLASSIFICAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS ADICTIVAS

Categoria	Exemplos
Depressores do SNC	Álcool, hipnóticos, ansiolíticos.
Simpaticomiméticos ou estimulantes do SNC	Anfetamina, metilfenidato, todas as formas de cocaína, substâncias para a redução de peso.
Opiáceos	Heroína, morfina, metadona e quase todos os analgésicos sujeitos a receita médica.
Derivados da <i>cannabis</i>	Marijuana, haxixe.
Alucinogêneos.	Dietilamida do ácido lisérgico (LSD), mescalina, psilocibina, ecstasy.
Solventes	Aerossóis, colas, tolueno, gasolina, diluente.
Produtos de venda livre	Contendo: atropina, escopolamina, estimulantes fracos, anti-histamínicos, analgésicos fracos.
Outros	Fenciclidina (PCP)

In Shuckit (1998)

Aos quais se adiciona o tabaco, considerado também pela Organização Mundial de Saúde (S/d), uma substância adictiva, graças particularmente a um dos seus componentes, a nicotina.

Referências

Shuckit, M. (1998). *Abuso de álcool e drogas*. Lisboa: Climepsi.

World Health Organization.(S/d). *SACTob position statement on nicotine and its regulation in tobacco and non-tobacco products*. Consultado em 12 de Abril de 2009 através de http://www.who.int/tobacco/sactob/recommendations/en/nicotine_en.pdf

VOLUME DE RECIPIENTES PARA CONSUMO DE ÁLCOOL

Para efeitos de uniformização da quantidade de álcool consumida, tornou-se necessária a discriminação dos volumes dos recipientes utilizados usualmente para o consumo de doses, para posteriormente possibilitar a métrica habitualmente ingerida.

Embora reconhecendo que uma mesma bebida específica pode ser apresentada com um volume alcoólico diferente consoante a marca que a comercializa, optou-se por um valor fixo que, acreditamos, melhor caracteriza o produto. Assim, considerou-se a Cerveja a 5%, o Vinho a 12%, Vinho do Porto a 19% e Aguardente, Whisky, Brandy e Bebidas Brancas todas a 40%.

O cálculo do consumo de álcool puro contou ainda com os seguintes volumes dos recipientes: Copo Vinho – 1.2 dl; Copo Whisky e Brandy – 0.6 dl, Copo Aguardente – 0.25dl, Garrafa Cerveja – 2dl e 3.3dl, Copo Vinho do Porto – 0,75dl (Kiritzé-Topor & Bénard, 2007). Tendo sido estes os exemplos mais frequentes.

Referência

Kiritzé-Topor, P. & Bénard, J. (2007). Guia prático de alcoologia. Lisboa: Climepsi.

CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DO DSM-IV-TR

PERTURBAÇÕES INDUZIDAS PELO ÁLCOOL (pp. 215)

CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO PARA 303.00 INTOXICAÇÃO PELO ÁLCOOL

A. Ingestão recente de álcool.

B. Alterações comportamentais ou psicológicas desadaptativas, clinicamente significativas (por exemplo, comportamento sexual ou agressivo desadequado, labilidade do humor, perturbações do discernimento, diminuição do funcionamento social ou ocupacional) que se desenvolvem durante ou pouco depois da ingestão de álcool.

C. Um (ou mais) dos seguintes sinais, durante ou pouco depois da utilização de álcool:

- 1) discurso empastado;
- 2) descoordenação;
- 3) marcha instável;
- 4) nistagmo;
- 5) défices na atenção ou memória;
- 6) estupor ou coma.

D. Os sintomas não são devidos a um estado físico geral ou a qualquer outra perturbação mental.

CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO PARA 291.81 ABSTINÊNCIA DO ALCOÓL [F10.3]

A. Interrupção (ou redução) da utilização maciça e prolongada do álcool.

B. 2 (ou mais) dos seguintes, que se desenvolvem entre várias horas ou poucos dias após o Critério A:

- 1) hiperactividade autonómica (por exemplo, diaforese ou pulsação superior a 100);
- 2) tremor das mãos aumentado;
- 3) insónia;
- 4) náuseas ou vômitos;
- 5) alucinações ou ilusões visuais, tácteis ou auditivas, transitórias;
- 6) agitação psicomotora;
- 7) ansiedade;
- 8) convulsões do tipo grande-mal.

C. Os sintomas do Critério B causam sofrimento ou défices clinicamente significativos no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes.

D. Os sintomas não são devidos a um estado físico geral ou outra perturbação mental.

Especificar se:

. Com Perturbações da Percepção.

CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO PARA PERTURBAÇÃO DO HUMOR INDUZIDA POR SUBSTÂNCIAS

A. Uma perturbação proeminente e persistente no humor predomina no quadro clínico e é caracterizada por um (ou ambos) dos seguintes:

- 1) humor depressivo ou interesse ou prazer fortemente diminuídos em todas ou quase todas as actividades;
- 2) humor elevado, expansivo ou irritável.

B. Existe evidência a partir da história, exame físico ou exames laboratoriais, de 1) ou de 2):

1) os sintomas do critério A desenvolveram-se durante a, ou dentro do período de 1 mês a partida da, Intoxicação ou Abstinência de Substâncias;

2) o uso da medicação está etiologicamente relacionado com a perturbação.

C. A perturbação não é mais bem explicada por outra Perturbação do Humor que não é induzida por uma substância. A evidência de que os sintomas são melhor explicados por uma Perturbação de Humor que não é induzida por substância pode incluir o seguinte: os sintomas precedem o início do uso da substância (ou uso da medicação); os sintomas persistem por um período substancial do tempo (por exemplo, aproximadamente 1 mês) depois do fim da abstinência aguda ou da intoxicação grave ou são substancialmente excessivos relativamente ao que seria esperado dado o tipo e a dose da substância utilizada ou duração do uso; ou existe outra evidência que sugere a existência de uma Perturbação do Humor não induzida por substâncias independente (por exemplo, uma história de Episódios Depressivos *Major* recorrentes).

D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante a evolução de um *delirium*.

E. Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área importante.

Nota: o diagnóstico deve ser feito, em vez do diagnóstico de Intoxicação por Substâncias ou Abstinência de Substâncias, somente quando os sintomas de humor são excessivos em relação aos habitualmente associados com a síndrome de intoxicação ou de abstinência e quando os sintomas são suficientemente intensos para justificar a atenção clínica independente.

Codificação para Perturbação do Humor induzida por [Substância Específica]:

- 291.89 Álcool [F10.8]; 292.84 Alucinogénios [F16.8]; 292.84 Anfetaminas (ou Substâncias Semelhantes a Anfetaminas) [F15.8]; 292.84 Cocaína [F14.8]; 292.84 Fenciclidina (ou Substâncias Semelhantes à Fenciclidina) [F19.8]; 292.84 Inalante [F18.8]; 292.84 Opiáceos [F11.8]; 292.84 Sedativos,

Hipnóticos ou Ansiolíticos [F13.8]; 292.84 Outra Substância (ou Substância Desconhecida) [F19.8].

Especificar o tipo:

- **Com Características Depressivas:** se o humor predominante for depressivo.
- **Com Características Maníacas:** se o humor predominante for elevado, eufórico ou irritável.
- **Com Características Mistas:** se estiverem presentes sintomas de mania e de depressão, mas nenhum deles predominar.

Especificar se (ver tabela da p. 193 para aplicabilidade por substância):

- **Com Início Durante a Intoxicação:** se forem preenchidos os critérios para Intoxicação com a substância e os sintomas se desenvolveram durante a síndrome de intoxicação.
- **Com Início Durante a Abstinência:** se forem preenchidos os critérios para Abstinência da substância e os sintomas se desenvolveram durante ou pouco depois da síndrome de abstinência.

CRITÉRIOS DE INTOXICAÇÃO POR SUBSTÂNCIAS (p. 201)

- A. Desenvolvimento de uma síndrome reversível, específica de uma substância, devida à ingestão (ou exposição) recente a uma substância. **Nota:** substâncias diferentes podem produzir síndromes idênticas ou similares.
- B. Alterações desadaptativas, comportamentais ou psicológicas, clinicamente significativas, devidas ao efeito de uma substância sobre o sistema nervoso central (por exemplo, beligerância, labilidade do humor, déficit cognitivo, do juízo e do funcionamento social ou ocupacional), que se desenvolvem durante ou imediatamente após a utilização da substância.
- C. Os sintomas não são devidos a um estado físico geral nem melhor explicados por outra perturbação mental.

CRITÉRIOS DE ABSTINÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS (p. 202)

- A. Desenvolvimento de uma síndrome específica da substância, devida à cessação (ou redução) na utilização prolongada e “maciça” de uma substância.
- B. A síndrome, específica da substância, causa sofrimento ou défice clinicamente significativos no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes.
- C. Os sintomas não são devidos a um estado físico geral nem a outra perturbação mental.

Referência

American Psychiatric Association. (2002). Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais: DSM-IV-TR (4ª ed., texto revisto). Lisboa: Climepsi.

Anexo F

Outputs do Artigo

RESULTADOS OUTPUTS

Depressão

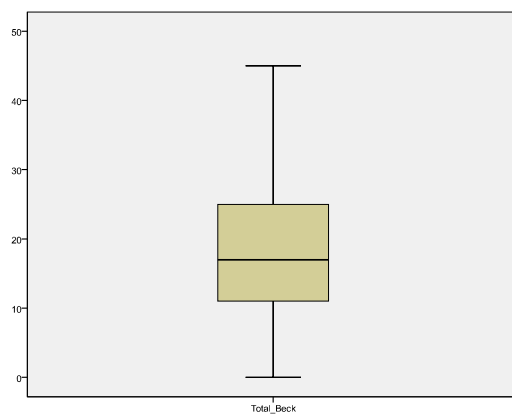
1º Parágrafo

Sumário de Processamento de Casos

	Casos					
	Válidos		Omissos		Total	
	N	Percent.	N	Percent.	N	Percent.
IDB	105	100,0%	0	,0%	105	100,0%

Estatística Descritiva

		Estatística	Erro Padrão
IDB	Média	18,23	1,017
	Intervalo de Confiança para 95% Lim. Inf. da Média	16,21	
	Lim. Sup	20,24	
	Desvio Padrão	10,417	
	Mínimo	0	
	Máximo	45	



Estatística de Fidelidade

	Alfa de Cronbach	
	Baseada em	
Alfa de Cronbach	Items Padrão	N de Items
,882	,884	21

2º Parágrafo

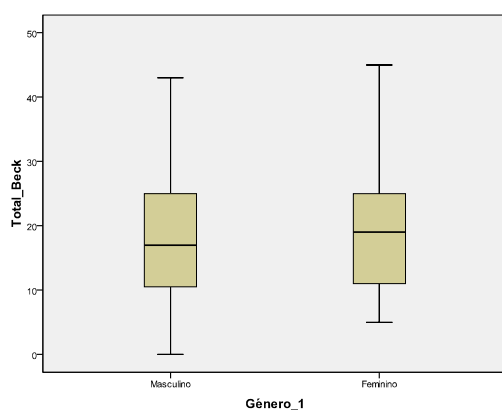
Parte 1

Sumário de Processamento de Casos

		Casos					
		Válidos		Omissos		Total	
		N	Percent.	N	Percent.	N	Percent.
IDB	Masculino	84	100,0%	0	,0%	84	100,0%
	Feminino	21	100,0%	0	,0%	21	100,0%

Estatística Descritiva

Género			Estatística	Erro Padrão
IDB	Masculino	Média	18,06	1,160
		Intervalo de Confiança para 95% da Média	15,75	
		Lim. Inf.	20,37	
		Lim. Sup	10,630	
		Desvio Padrão	0	
		Mínimo	43	
	Feminino	Média	18,90	2,123
		Intervalo de Confiança para 95% da Média	14,48	
		Lim. Inf.	23,33	
		Lim. Sup	9,731	
		Desvio Padrão	5	
		Mínimo	45	
		Máximo		



Parte 2

- Pressupostos.

Teste de Normalidade

		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Prob. Sig.	Estatística	gl	Prob. Sig.
IDB	Masculino	,075	84	,200 [*]	,978	84	,173
	Feminino	,082	21	,200 [*]	,949	21	,320

a. Correção de Significância Lilliefors.

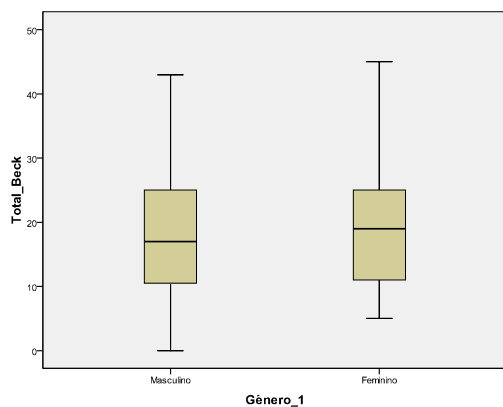
*. Este é o limite inferior da verdadeira significância.

$KS-M = 0.08$, $p > 0.20$, $N = 84$; $SW-F = 0.95$, $p = 0.32$, $N = 21$

Teste de Homogeneidade de Variâncias

		Estat. Levene	gl1	gl2	Prob. Sig.
IDB	Baseado na Média	1,021	1	103	,315
	Baseado na Mediana	,874	1	103	,352
	Baseado na Mediana e com gl ajustados	,874	1	102,984	,352
	Baseado na média apurada (trimmed)	,948	1	103	,332

$p = 0.32$



- Teste ANOVA One-Way

ANOVA

IDB

	Soma dos Quadrados	gl	Média dos Quadrados	F	Prob. Sig.
Entre Grupos	12,002	1	12,002	,110	,741
Dentro de Grupos	11272,512	103	109,442		
Total	11284,514	104			

$p = 0.74$

3º Parágrafo

Sumário do Processamento de Casos

		Cases					
		Válidos		Omissos		Total	
		N	Percent.	N	Percent.	N	Percent.
IDB	UTRA	31	100,0%	0	,0%	31	100,0%
	CRAL	46	100,0%	0	,0%	46	100,0%
	Novo Rumo	27	100,0%	0	,0%	27	100,0%

Estatística Descritiva

Instituição			Estatística	Erro Padrão
IDB	UTRA	Média	20,84	2,019
		Intervalo de Confiança para 95% da Média	Lim. Inf. 16,72	
			Lim. Sup. 24,96	
		Desvio Padrão	11,240	
		Mínimo	4	
		Máximo	43	
	CRAL	Média	16,59	1,378
		Intervalo de Confiança para 95% da Média	Lim. Inf. 13,81	
			Lim. Sup. 19,36	
		Desvio Padrão	9,349	
		Mínimo	0	
		Máximo	37	
	Novo Rumo	Média	17,04	1,876
		Intervalo de Confiança para 95% da Média	Lim. Inf. 13,18	
			Lim. Sup. 20,89	
		Desvio Padrão	9,749	
		Mínimo	0	
		Máximo	32	

- Pressupostos

Teste de Normalidade

Instituição		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Prob. Sig.	Estatística	gl	Prob. Sig.
IDB	UTRA	,116	31	,200*	,951	31	,168
	CRAL	,048	46	,200*	,982	46	,670
	Novo Rumo	,139	27	,194	,941	27	,127

a. Correção de Significância Lilliefors.

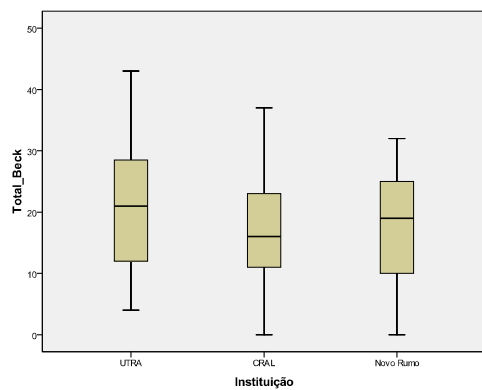
*. Este é o limite inferior da verdadeira significância.

SW-UTRA = 0.95, *p* = 0.17, *N* = 31; *SW-CRAL* = 0.98, *p* = 0.67, *N* = 46; *SW-NOVO* = 0.94, *p* = 0.13, *N* = 27

Teste de Homogeneidade de Variância

		Estatística Levene	gl1	gl2	Prob. Sig.
IDB	Baseado na Média	1,178	2	101	,312
	Baseado na Mediana	1,135	2	101	,326
	Baseado na Mediana e com gl ajustados	1,135	2	100,304	,326
	Baseado na Média Apurada (trimmed)	1,193	2	101	,307

$p = 0.31$



- Teste ANOVA one-way

ANOVA

IDB

	Soma de Quadrados	gl	Média dos Quadrados	F	Prob. Sig.
Entre Grupos	366,605	2	183,302	1,816	,168
Dentro de Grupos	10194,309	101	100,934		
Total	10560,913	103			

$p = 0.17$

LdCS

1º Parágrafo

1ª Parte

Sumário do Processamento de Casos

	Casos					
	Válidos		Omissos		Total	
	N	Percent.	N	Percent.	N	Percent.
LdCS	99	100,0%	0	,0%	99	100,0%

LdCS

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Válidos Interno	30	30,3	30,3	30,3
Outros Poderosos	64	64,6	64,6	94,9
Chance	5	5,1	5,1	100,0
Total	99	100,0	100,0	

Estatística Descritiva

		Estatística	Erro Padrão
LdCS	Média	51,60	1,097
	Intervalo de Confiança para 95% da Média	Lim. Inf. 49,42 Lim. Sup. 53,77	
	Desvio Padrão	10,916	
	Mínimo	29	
	Máximo	79	

Estatísticas de Fidelidade

	Alfa de Cronbach	
	Baseada em	
Alfa de Cronbach	Items Padrão	N de Items
,709	,689	14

Estatísticas de Item-Total

	Média da Escala se Item for Retirado	Variância da Escala se Item for Retirado	Correlação Corrigida de Item-Total	Correlação Múltipla Quadrada	Alfa de Cronbach se Item for Retirado
Item 1	49,7407	142,306	,060	,292	,716
Item 2	48,0370	120,672	,477	,402	,673
Item 3	47,2870	119,328	,447	,401	,676
Item 4	47,3148	144,498	-,072	,201	,746
Item 5	49,7130	133,197	,345	,503	,694
Item 6	46,5556	138,492	,045	,171	,731
Item 7	46,8241	118,371	,486	,491	,671
Item 8	45,3333	152,037	-,264	,277	,741
Item 9	48,4352	124,828	,395	,521	,685
Item 10	48,7500	123,572	,443	,549	,679
Item 11	49,1574	122,900	,544	,474	,670
Item 12	47,2685	121,189	,457	,405	,676
Item 13	47,4722	117,971	,533	,444	,665
Item 14	48,3333	114,692	,567	,534	,658

2ª Parte

Sumário do Processamento de Casos

		Casos					
		Válidos		Omissos		Total	
		N	Percent.	N	Percent.	N	Percent.
LdCS	UTRA	27	100,0%	0	,0%	27	100,0%
	CRAL	43	100,0%	0	,0%	43	100,0%
	Novo Rumo	23	100,0%	0	,0%	23	100,0%

Estatística Descritiva

Instituição			Estatística	Erro Padrão
LdCS	UTRA	Média	47,30	1,743
		Intervalo de Confiança para 95% da Média	Lim. Inf. 43,71	
			Lim. Sup. 50,88	
		Desvio Padrão	9,055	
		Mínimo	33	
		Máximo	66	
	CRAL	Média	52,47	1,228
		Intervalo de Confiança para 95% da Média	Lim. Inf. 49,99	
			Lim. Sup. 54,94	
		Desvio Padrão	8,054	
		Mínimo	35	
		Máximo	70	
	Novo Rumo	Média	52,74	2,475
		Intervalo de Confiança para 95% da Média	Lim. Inf. 47,61	
			Lim. Sup. 57,87	
		Desvio Padrão	11,871	
		Mínimo	32	
		Máximo	79	

- Pressupostos

Teste de Normalidade

Instituição		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Prob. Sig.	Estatística	gl	Prob. Sig.
LdCS	UTRA	,106	27	,200*	,965	27	,485
	CRAL	,126	43	,087	,972	43	,380
	Novo Rumo	,125	23	,200*	,961	23	,479

a. Correção de Significância Lilliefors.

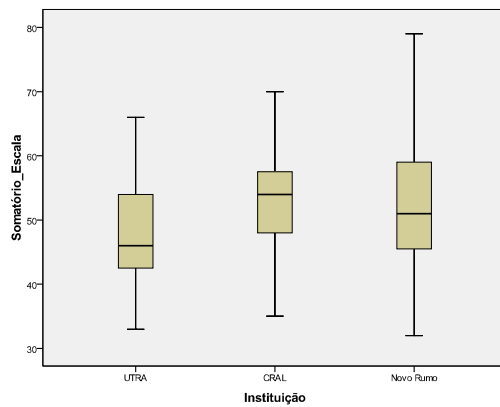
*. Este é o limite inferior da verdadeira significância.

$SW-UTRA = 0.97, p = 0.49, N = 27$; $SW-CRAL = 0.97, p = 0.38, N = 43$; $SW-NOVO = 0.96, p = 0.48, N = 23$

Teste de Homogeneidade de Variâncias

		Estatística Levene	gl1	gl2	Prob. Sig.
LdCS	Baseado na Média	1,759	2	90	,178
	Baseado na Mediana	1,536	2	90	,221
	Baseado na Mediana e com gl ajustados	1,536	2	79,363	,221
	Baseado na Média apurada (trimmed)	1,706	2	90	,187

$p = 0.18$



- Teste ANOVA one-way

ANOVA

LdCS

	Soma de Quadrados	gl	Média dos Quadrados	F	Prob. Sig.
Entre Grupos	532,141	2	266,071	3,010	,054
Dentro de Grupos	7956,762	90	88,408		
Total	8488,903	92			

$p = 0.05$

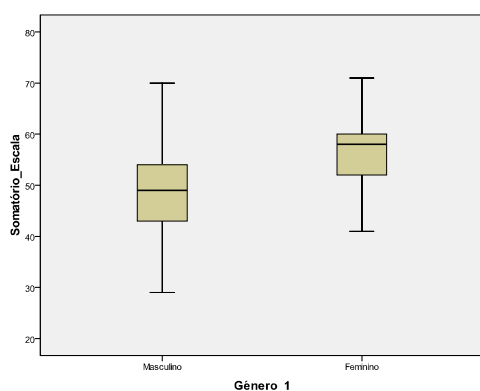
3º Parágrafo
1ª Parte

Sumário do Processamento de Casos

Gênero		Cases					
		Válidos		Omissos		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
LdCS	Masculino	70	100,0%	0	,0%	70	100,0%
	Feminino	21	100,0%	0	,0%	21	100,0%

Estatística Descritiva

Gênero			Estatística	Erro Padrão
LdCS	Masculino	Média	48,54	1,044
		Intervalo de Confiança para 95% da Média	Lim. Inf. 46,46	
			Lim. Sup. 50,62	
		Desvio Padrão	8,732	
		Mínimo	29	
		Máximo	70	
	Feminino	Média	56,52	1,530
		Intervalo de Confiança para 95% da Média	Lim. Inf. 53,33	
			Lim. Sup. 59,72	
		Desvio Padrão	7,012	
		Mínimo	41	
		Máximo	71	



2ª Parte

- Pressupostos

Teste de Normalidade

		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Prob. Sig.	Estatística	gl	Prob. Sig.
LdCS	Masculino	,068	70	,200 [*]	,989	70	,780
	Feminino	,107	21	,200 [*]	,989	21	,996

a. Correção de Significância Lilliefors.

*. Este é o limite inferior da verdadeira significância.

$KS-M = 0.07, p > 0.2, N = 70$; $SW-F = 0.99, p > 0.99, N = 21$

Teste de Homogeneidade de Variâncias

		Estatística Levene	gl1	gl2	Prob. Sig.
LdCS	Baseado na Média	1,800	1	89	,183
	Baseado na Mediana	1,809	1	89	,182
	Baseado na Mediana e com gl ajustados	1,809	1	88,288	,182
	Baseado na Média Apurada (trimmed)	1,804	1	89	,183

$p = 0.18$

- Teste ANOVA one-way

ANOVA

LdCS

	Soma de Quadrados	gl	Média dos Quadrados	F	Prob. Sig.
Entre Grupos	1028,929	1	1028,929	14,665	,000
Dentro de Grupos	6244,610	89	70,164		
Total	7273,538	90			

$p < 0.01$

Os dois num barco

- Pressupostos

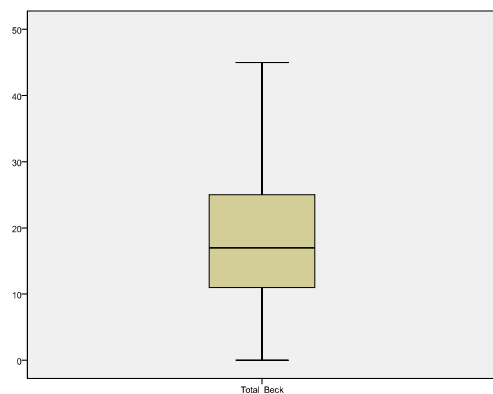
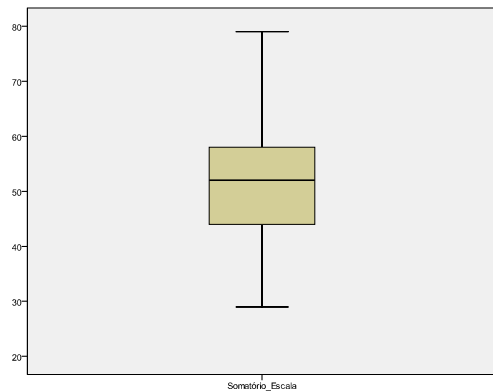
Teste de Normalidade

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	Prob. Sig.	Estatística	gl	Prob. Sig.
LdCS	,087	97	,066	,974	97	,051
IDB	,051	97	,200 [*]	,982	97	,209

a. Correção de Significância Lilliefors

*. Este é o limite inferior da verdadeira significância.

$KS-LdCS = 0.09$, $p = 0.07$, $N = 97$; $KS-IDB = 0.05$, $p > 0.20$, $N = 97$



- Teste Correlacional de Pearson

Correlações

		LdCS	IDB
LdCS	Correlação Pearson	1	-,228 [*]
	Prob. Sig. (bilateral)		,025
	N	97	97

IDB	Correlação Pearson	-,228*	1
	Prob. Sig. (bilateral)	,025	
	N	97	97

*. A correlação é significativa para um alfa de Cronbach de 0.05 (bilateral).

$p = 0.03$

A evolução do consumo

1º Parágrafo

1ª Parte

- Pressupostos

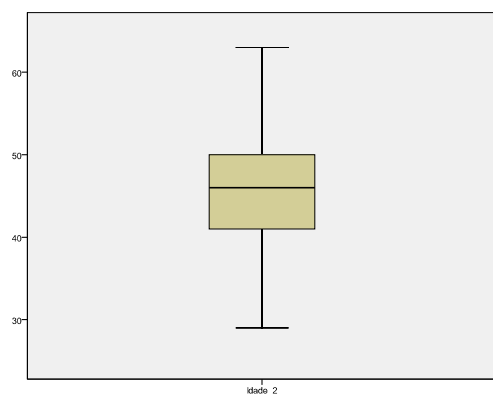
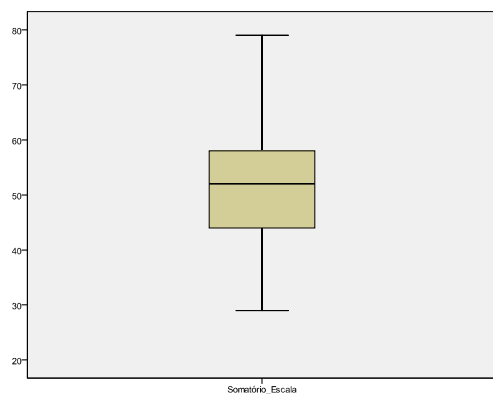
Teste de Normalidade

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	Prob. Sig.	Estatística	gl	Prob. Sig.
LdCS	,080	93	,178	,980	93	,165
Idade	,069	93	,200*	,985	93	,383

a. Correção de Significância Lilliefors

*. Este é o limite inferior da verdadeira significância.

$KS-I = 0.07$, $p > 0.20$, $N = 93$; $KS-LdCS = 0.08$, $p = 0.18$, $N = 93$



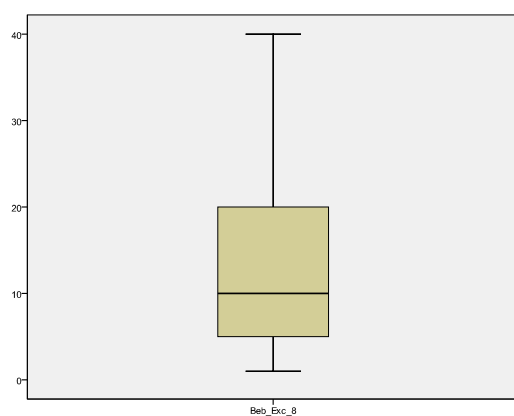
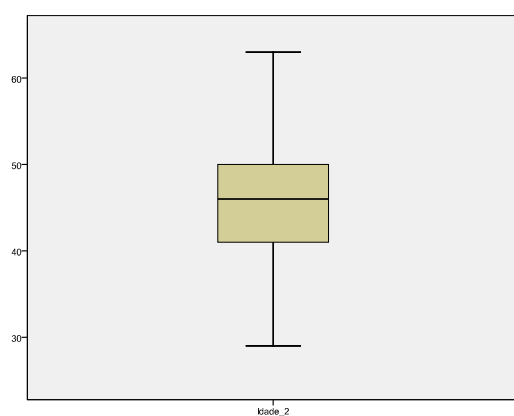
- Teste Correlacional de Pearson

Correlações		LdCS	Idade
LdCS	Correlação de Pearson	1	-,300**
	Prob. Sig. (bilateral)		,003
	N	93	93
Idade	Correlação de Pearson	-,300**	1
	Prob. Sig. (bilateral)	,003	
	N	93	93

** . A correlação é significativa para um alfa de Cronbach de 0.01 (bilateral).

$p < 0.01$

2ª Parte



Teste de Normalidade

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	Prob. Sig.	Estatística	gl	Prob. Sig.
Idade	,063	100	,200 [*]	,985	100	,304
Anos de Consumo Excessivo	,163	100	,000	,922	100	,000

a. Correção de Significância Lilliefors

*. Este é o limite inferior da verdadeira significância.

$KS-I = 0.06$, $p > 0.2$, $N = 100$; $KS-AC = 0.16$, $p < 0.01$, $N = 100$

Correlações

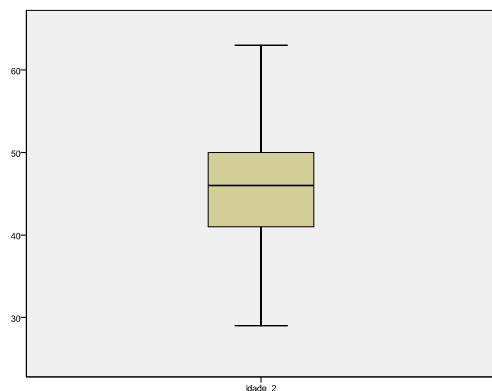
			Idade	Anos de Consumo Excessivo
Ró de Spearman	Idade	Coeficiente de Correlação	1,000	,295 ^{**}
		Prob. Sig. (bilateral)	.	,003
		N	101	100
	Anos de Consumo Excessivo	Coeficiente de Correlação	,295 ^{**}	1,000
		Prob. Sig. (bilateral)	,003	.
		N	100	100

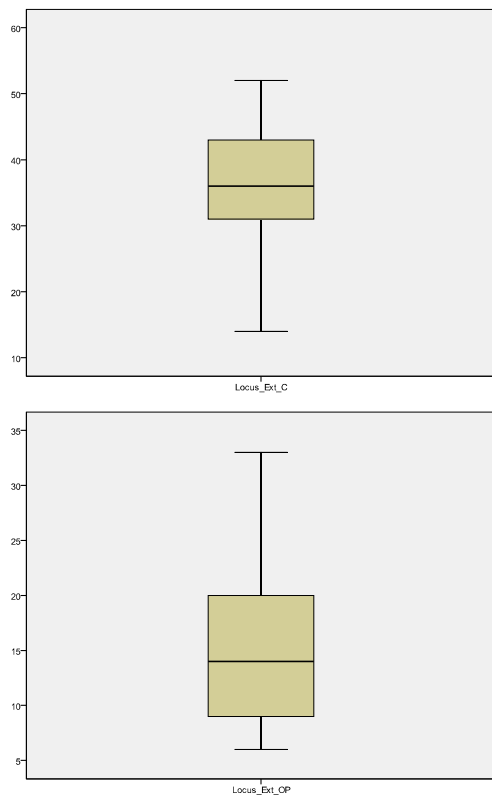
** . A correlação é significativa para um alfa de Cronbach de 0.01 (bilateral).

$p < 0.01$

2º Parágrafo

- Pressupostos





Teste de Normalidade

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	Prob. Sig.	Estatística	gl	Prob. Sig.
Outros Poderosos	,112	100	,004	,938	100	,000
Idade	,063	100	,200 [*]	,985	100	,304

a. Correção de Significância Lilliefors

*. Este é o limite inferior da verdadeira significância.

$KS-OP = 0.11$, $p < 0.01$, $N = 100$; $KS-I = 0.06$, $p > 0.20$, $N = 100$

Teste de Normalidade

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	Prob. Sig.	Estatística	gl	Prob. Sig.
Idade	,061	101	,200 [*]	,985	101	,312
Chance	,049	101	,200 [*]	,983	101	,219

a. Correção de Significância Lilliefors

*. Este é o limite inferior da verdadeira significância.

$KS-I = 0.06$, $p > 0.20$, $N = 101$; $KS-C = 0.05$, $p > 0.20$, $N = 101$

- Testes Correlacionais (presentes no formato artigo).

3º Parágrafo
1ª Parte
- Pressupostos

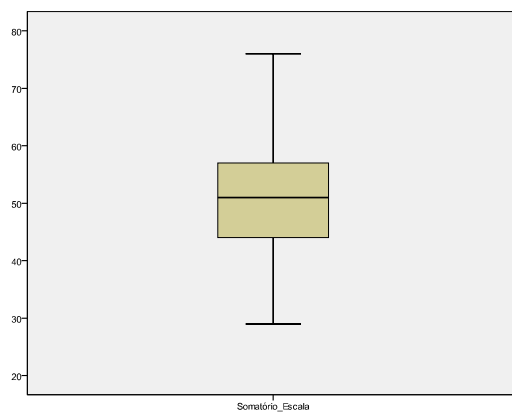
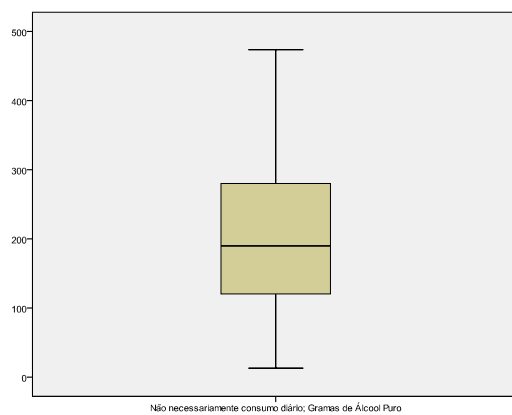
Teste de Normalidade

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	Prob. Sig.	Estatística	gl	Prob. Sig.
Consumo em gramas de álcool puro	,105	83	,024	,967	83	,032
LdCS	,062	83	,200 [*]	,984	83	,385

a. Correção de Significância Lilliefors

*. Este é o limite inferior da verdadeira significância.

KS-CONS= 0.11, p = 0.02, N = 83; *KS-LdCS*= 0.06, p > 0.2, N = 83



- Teste de Correlação Spearman

Correlações				
			LdCS	Consumo em gramas de álcool puro
Ró de Spearman	LdCS	Coeficiente de Correlação	1,000	,199
		Prob. Sig. (bilateral)	.	,072
		N	83	83
	Consumo em gramas de álcool puro	Coeficiente de Correlação	,199	1,000
		Prob. Sig. (bilateral)	,072	.
		N	83	83

$p = 0.07$

2ª Parte

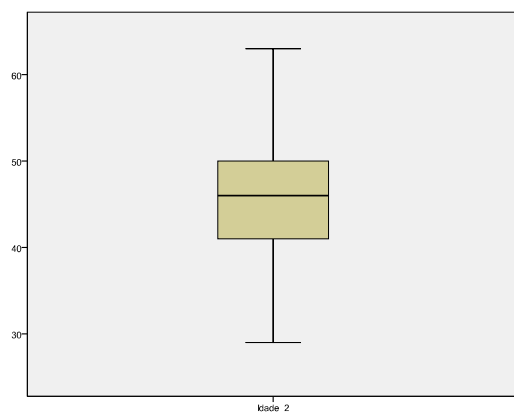
- Pressupostos

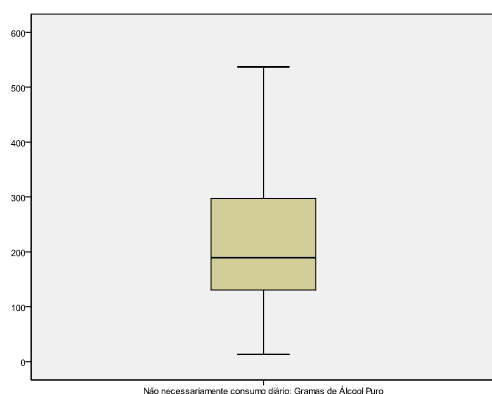
Teste de Normalidade						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	Prob. Sig.	Estatística	gl	Prob. Sig.
Consumo em gramas de álcool puro	,102	86	,028	,967	86	,028
Idade	,082	86	,200*	,981	86	,223

a. Correção de Significância Lilliefors

*. Este é o limite inferior da verdadeira significância.

$KS-CONS = 0.10$, $p = 0.03$, $N = 86$; $KS-I = 0.08$, $p > 0.20$, $N = 86$





- Teste Correlacional de Spearman

Correlações

			Idade	Consumo em gramas de álcool puro
Ró de Spearman	Idade	Coefficiente de Correlação	1,000	-,262*
		Prob. Sig. (bilateral)	.	,015
		N	86	86
	Consumo em gramas de álcool puro	Coefficiente de Correlação	-,262*	1,000
		Prob. Sig. (bilateral)	,015.	.
		N	86	86

*. A correlação é significativa para um alfa de Cronbach de 0.05 (bilateral).

$p = 0.02$

4º Parágrafo

Sumário do Processamento de Casos

Ideia do Internamento		Casos					
		Válidos		Omissos		Total	
		N	Percent.	N	Percent.	N	Percent.
LdCS	Conjunta	43	100,0%	0	,0%	43	100,0%
	Próprio	38	100,0%	0	,0%	38	100,0%
	Familiares	12	100,0%	0	,0%	12	100,0%
	Médico	10	100,0%	0	,0%	10	100,0%

Estatística Descritiva

Ideia do Internamento				Estatística	Erro Padrão
LdCS	Conjunta	Média		51,98	1,730
		Intervalo de Confiança para 95% da Média	Lim. Inf.	48,49	
			Lim. Sup.	55,47	
		Desvio Padrão		11,342	
		Mínimo		32	
		Máximo		79	
	Próprio	Média		55,24	1,563
		Intervalo de Confiança para 95% da Média	Lim. Inf.	52,07	
			Lim. Sup.	58,40	
		Desvio Padrão		9,638	
		Mínimo		33	
		Máximo		76	
	Famíliares	Média		41,83	2,668
		Intervalo de Confiança para 95% da Média	Lim. Inf.	35,96	
			Lim. Sup.	47,71	
		Desvio Padrão		9,243	
		Mínimo		25	
		Máximo		57	
	Médico	Média		47,50	3,686
		Intervalo de Confiança para 95% da Média	Lim. Inf.	39,16	
			Lim. Sup.	55,84	
		Desvio Padrão		11,655	
		Mínimo		29	
		Máximo		71	

- Pressupostos

Teste de Normalidade

Ideia do Internamento		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Prob. Sig.	Estatística	gl	Prob. Sig.
LdCS	Conjunta	,093	43	,200 [*]	,964	43	,196
	Próprio	,067	38	,200 [*]	,985	38	,871
	Familiares	,134	12	,200 [*]	,980	12	,985
	Médico	,182	10	,200 [*]	,954	10	,713

a. Correção de Significância Lilliefors

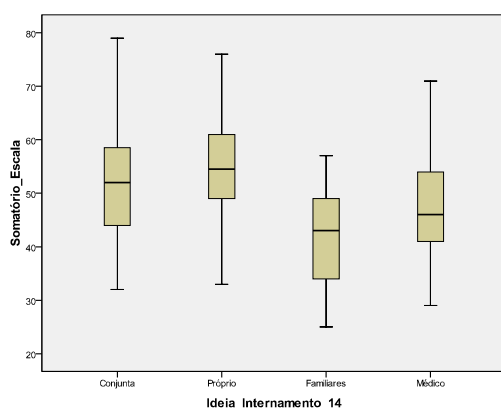
*. Este é o limite inferior da verdadeira significância.

$SW-C = 0.96$, $p = 0.20$, $N = 43$; $SW-P = 0.99$, $p = 0.87$, $N = 38$; $SW-F = 0.98$, $p = 0.99$, $N = 12$; $SW-M = 0.95$, $p = 0.71$, $N = 10$

Teste de Homogeneidade de Variâncias

		Estatística Levene	gl1	gl2	Prob. Sig.
LdCS	Baseado na Média	,459	3	99	,711
	Baseado na Mediana	,488	3	99	,692
	Baseado na Mediana e com gl ajustados	,488	3	96,595	,692
	Baseado na Média Apurada (Trimmed)	,467	3	99	,706

$p = 0.71$



- Teste ANOVA one-way

ANOVA

LdCS

	Soma de Quadrados	gl	Média dos Quadrados	F	Prob. Sig.
Entre Grupos	1821,328	3	607,109	5,463	,002
Dentro de Grupos	11002,012	99	111,131		
Total	12823,340	102			

- Comparação múltipla das médias das ordens (LSD)

Comparação Múltipla de Médias

LdCS

LSD

(I) Ideia do Internamento	(J) Ideia do Internamento	Diferença de Médias (I-J)	Erro Padrão	Prob. Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
					Lim. Inf.	Lim. Sup.
Conjunta	Próprio	-3,260	2,347	,168	-7,92	1,40
	Familiares	10,143 [*]	3,442	,004	3,31	16,97
	Médico	4,477	3,701	,229	-2,87	11,82
Próprio	Conjunta	3,260	2,347	,168	-1,40	7,92
	Familiares	13,404 [*]	3,491	,000	6,48	20,33
	Médico	7,737 [*]	3,747	,042	,30	15,17
Familiares	Conjunta	-10,143 [*]	3,442	,004	-16,97	-3,31
	Próprio	-13,404 [*]	3,491	,000	-20,33	-6,48
	Médico	-5,667	4,514	,212	-14,62	3,29
Médico	Conjunta	-4,477	3,701	,229	-11,82	2,87
	Próprio	-7,737 [*]	3,747	,042	-15,17	-,30
	Familiares	5,667	4,514	,212	-3,29	14,62

*. A diferença de médias é significativa para um alfa de Cronbach de 0.05.